



Javier Tobar Cornejo

Coordinador Académico

Equipo:

Soledad Cabrera, Economista

Paula Nuñez, Economista

Carlos Vasallo, Economista

José Luis Guerrero, Abogado

Mauricio Ríos, Abogado

Tabla de contenido

PARTE 1. MARCO REGULATORIO Y ESTRUCTURA DE PROPIEDAD.....	3
1. Introducción.....	3
2. Marco regulatorio.....	4
3. Estructura de la propiedad de las ISAPRES.....	33
4. Propiedad de los Centros Hospitalarios y Laboratorios y su relación con las ISAPRES...	55
PARTE 2. COMPETENCIA EN EL MERCADO DE LA SALUD.....	76
1. Introducción.....	76
2. El mercado de la Salud.....	76
PARTE 3. MERCADO DE ASEGURAMIENTO DE LA SALUD.....	96
1. Morfología y características del mercado asegurador.....	97
2. Consumidores.....	99
3. ISAPRE.....	101
4. Rentabilidad de la ISAPRE.....	109
5. Fonasa.....	113
6. Naturaleza y funciones de los aseguradores.....	115
7. Comportamiento de los agentes.....	117
8. Cautividad.....	138
PARTE 4. MERCADO DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.....	142
1. FONASA.....	142
2. ISAPRE.....	145
3. Participación de los prestadores en las prestaciones de salud.....	147
4. Acreditación de Prestadores.....	156
5. Prestadores Ambulatorios. Médicos Generalistas.....	158
6. Servicios Médicos Ambulatorios.....	161
7. Mercado de provisión de servicios hospitalarios.....	163
8. Contratos entre aseguradoras y prestadores: modalidades de pago y posibilidades de paquetización.....	168
9. Análisis de la integración vertical.....	178

10. Regulación	190
PARTE 5. RECOMENDACIONES.....	193
BIBLIOGRAFIA.....	201

PARTE 1. MARCO REGULATORIO Y ESTRUCTURA DE PROPIEDAD.

2.. INTRODUCCIÓN.

El presente informe tiene por objeto la caracterización y cuantificación del mercado de la salud privada en Chile, lo que considera la identificación de los principales agentes que participan en dicho mercado; la descripción de las interacciones económicas entre ellos y otros agentes relacionados; las relaciones de propiedad y el grado de concentración de la industria.

Lo anterior se complementará con el marco regulatorio aplicable. El sistema funciona de acuerdo a criterios de seguro privado, donde los beneficios de los afiliados dependerán de los planes (y el precio de los mismos) a los cuales estén afectos, los que serán determinados por variables tales como el sexo y la edad, razón que habilita a estas instituciones para rechazar postulantes o definir períodos de acuerdo a esos criterios o, lo que es peor, a enfermedades preexistentes. Por otro lado, el sistema público se construye de acuerdo con un principio basado en la solidaridad, que no rechaza potenciales afiliados y provee de beneficios independientemente del aporte del cotizante. La situación descrita ha llevado a una segmentación del mercado, particularmente con las personas en situación de bajo riesgo y altos ingresos y las de alto riesgo y bajos ingresos de FONASA, lo que dificulta, en principio, dar cumplimiento al número 9 del artículo 19 de la Constitución Política de la República.¹

Con el objeto de establecer el marco teórico referido, ya desde la Constitución como desde el nivel legal, proponemos tener a la vista los textos sobre libre competencia, constitución económica, mercado de la salud y legislación vigente (proyectos de ley en trámite incluidos) sugeridos, a fin de descubrir qué aspectos del diseño institucional no están fomentando la competencia en el mercado de la salud y, en ese entendido, proponer las medidas de política pública y legislativas que permitan abrir el mercado a un acceso igualitario para todos los ciudadanos.

¹ Cfr. Agostini *et al* (2007).

2. MARCO REGULATORIO.

2.1. Aspectos generales.

La Constitución Política de 1925, en su catálogo de garantías constitucionales (artículo 10) disponía (en el numeral 14) que el Estado debía *“velar por la salud pública y el bienestar higiénico del país. Deberá destinarse cada año una cantidad de dinero suficiente para mantener un servicio nacional de salubridad.”*

Desde la década de 1920 se han creado estructuras de protección previsional para los obreros, complementadas luego durante las décadas siguientes para los empleados asalariados. El sistema de salud mostró así importantes desarrollos en indicadores tales como la esperanza de vida al nacer, baja mortalidad infantil y disminución en las causas de muerte, entre otros.²

En el año 1942, el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA), que surge de la fusión de los departamentos de salud de la Caja Nacional de Empleados Públicos y Periodistas y de la Caja de Previsión de Empleados Privados (EMPART). Luego, en el año 1952 se crea el Sistema Nacional de Salud (SNS), por medio de la promulgación de la ley N° 10.383. Este organismo estaba encargado de la protección de la salud para toda la población, además del fomento y recuperación de los obreros, sus esposas e hijos menores de 15 años. El SNS, agrupó a diversos organismos que a la fecha realizaban prestaciones de salud. En el mismo año se crean las Mutuales de Seguridad y en 1968 se dicta la ley N° 16.744, de accidentes y enfermedades profesionales, facultando a las Mutuales para percibir fondos, organizar y administrar un mecanismo integral de accidentes del trabajo.

Según datos entregados por la Fundación Sol, *“entre los años 1973 y 1980 se concreta una disminución significativa del gasto social y del financiamiento del Sistema Nacional de Salud, manteniendo la misma estructura organizacional”*.³ Por medio del decreto ley N° 2.763 de 1979, se reestructura el sistema estatal de salud, creándose el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), la Central Nacional de Abastecimiento (CENABAST), el Instituto de Salud Pública (ISP) y fija un nuevo régimen de prestaciones a través del Fondo Nacional de Salud (FONASA).

Una vez vigente la Constitución Política de 1980, ésta reconoció como garantía constitucional, en su artículo 19 N° 9 inciso 1º, el derecho a la protección de la salud, disponiendo que *“El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de*

²Para una relación histórica del sistema de administración de salud en Chile, particularmente el período previo a 1980, véase Miranda (1990).

³Fundación Sol (2009) p. 60

promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo. Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud. Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias. Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea este estatal o privado.”.

La disposición constitucional transcrita generó un cambio radical en materia de salud al entender delegables las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud,⁴ permitiendo la participación de los privados en un ámbito que había sido reservado de manera casi exclusiva al sector público, en razón de que en lo relativo a las acciones de salud si bien es deber “*preferente*” (pero no exclusivo) del Estado atenderlos, ello debe ser siempre respetando la iniciativa particular en la materia, atendido que se garantiza el derecho de las personas para elegir el sistema de salud en el cual se atenderán. Esa es la razón de que sea un deber “*preferente*” del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, no siendo necesariamente éste quien preste dicha atención. Conforme a lo dispuesto por la Constitución, será la ley quién determine la forma y condiciones en que se lleve a cabo, pudiendo incluso establecer cotizaciones obligatorias. El derecho a elegir el sistema de salud (estatal o privado) es una innovación que privilegia, precisamente, la libertad de las personas, pues no puede obligarse a la afiliación a uno u otro sistema.⁵ Además, este precepto constitucional facultó a la ley para regular a los prestadores privados que perciben cotizaciones obligatorias en materia de salud, permitiendo así el surgimiento de las Instituciones de Salud Previsional, las ISAPRE, uniéndose al sistema estatal de manera alternativa, a diferencia de lo que ocurre con las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP) que, desde el año 1981, constituyen la única posibilidad de afiliación para los trabajadores que se incorporan al sistema previsional.

En materia de prestaciones directas, es en la década de 1980 cuando se concreta la municipalización de los centros de atención primaria, trasladándose desde el año 1981 al año 1988 “*un porcentaje de estimado en un 70% de los establecimientos de atención*

⁴ Conforme a las actas de la Comisión de Estudios de la Nueva Constitución, sesiones N°s 190, 192 y 193, se estimaba necesario que el texto constitucional asegurara derechamente “el derecho a la salud” y que existieran dos acciones de salud absolutamente indelegables por parte del Estado: la acción de promoción de la salud y la de protección de la salud. En cambio, la acción de recuperación y de rehabilitación se entienden delegables.

⁵ El diseño constitucional que permite la actuación de privados en la administración de cotizaciones de salud es coherente con el contexto histórico y económico de los tiempos de su dictación, en el cual se estimaba que el Estado debía cumplir un rol subsidiario.

primaria del SNSS a las municipalidades".⁶⁻⁷ Con el traspaso de la atención primaria a los municipios, se disolvió el SNS y se descentralizó la salud pública en 27 centros autónomos con patrimonio propio a cargo de las funciones operativas, dependientes del Ministerio de Salud, el que conservó las funciones normativas, de supervisión y de control, creándose el Fondo Nacional de Salud (FONASA), con el objeto de que llevara adelante las funciones financieras y de distribución presupuestaria.⁸

Como consecuencia del diseño constitucional y legal del sector salud que se concreta en la Constitución de 1980, se modificó el sistema previsional (pensiones y salud), creándose, como se anticipaba, en el año 1981 – decreto con fuerza de ley (D.F.L) N° 3, de 1981 – las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), las que se ratifican en el año 1984 por medio de la ley N° 18.469, de 1985, que regula el ejercicio del derecho constitucional de protección de la salud, en que se fija el actual sistema mixto de prestaciones de salud. También en 1985 las leyes N°s 18.418 y 18.469 establecen un Fondo Único de Prestaciones Familiares y de Subsidios, reorganizando al sector público en modalidades de atención institucional y libre elección, fijando el aporte financiero según la capacidad económica que corresponda.

En seguida, entre los años 1990 y 2007 se produjeron un ciclo de reformas referidas a la Superintendencia de ISAPRE, el Estatuto de Atención Primaria y el Plan AUGE, entre otras.

2.2. Normativa aplicable.

a) Disposiciones generales.

La legislación aplicable a las ISAPRE (y a todo el sistema de salud) está contenida, principalmente, en la Constitución Política de la República y en el decreto con fuerza de ley N° 1, de 24 de abril de 2006, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N°2.763, de 1979, y de las leyes N°s 18.933 y 18.469. La última modificación, según registros de la Biblioteca Nacional del Congreso Nacional, fue la de la ley N° 20.575, de 17 de febrero de 2012. Además, como agentes económicos, se les aplica el decreto ley (D.L) N° 211, sobre protección de la libre competencia en los mercados.

⁶ Sobre el particular, ver Aedo (2006) pp. 606 y ss.

⁷ La descentralización del sistema estatal resultó del fraccionamiento del antiguo sistema nacional de salud y la fusión con entidades del Servicio Médico Nacional (SERMENA).

⁸ Miranda (1990) p. 7.

En el D.F.L N° 1 DE 2006 está contenida la reforma a la salud que se basa en los pilares del AUGE y la Autoridad Sanitaria. En dicha reforma se regula, además, la ley que crea el Régimen General de Garantías de Salud; la Garantía Explícita de Acceso; la Garantía Explícita de Calidad; la Garantía Explícita de Oportunidad, y la Garantía de Explícita de Protección Financiera, todas las cuales apuntan a la ampliación de las prestaciones de salud a un mayor número de personas y por un mayor número de enfermedades. Destacan en este punto de la gratuidad para los indigentes y carentes de recursos beneficiarios de FONASA; el copago del 20% para todas las demás personas, tanto de las ISAPRE como de FONASA; la cobertura financiera adicional para aquellas personas afectadas por enfermedades de alto costo, como también el derecho de eximirse del pago de más allá de 3 sueldos mensuales para aquellas personas afectadas por más de una enfermedad.

Cual se señaló, los principios de la legislación en materia de salud encuentran su fundamento constitucional en artículo 19, número 9, de la Constitución Política de la República. El párrafo primero del numeral indicado garantiza *“la protección de la salud”* (no *“el derecho a la salud”*), lo que puede ser observado desde una doble perspectiva:

- El derecho de acceso a la salud (prevención, rehabilitación y recuperación), y
- La garantía de que la persona no sufrirá acciones evitables por hechos de terceros.

“Esta doble dimensión nos indica que se trata de un derecho social” (...) que ha sido calificado – en cuanto a su naturaleza jurídica por el Tribunal Constitucional – como una garantía que forma parte de *“la dignidad humana y que el Estado está obligado a respetarla, aunque se trate de un derecho social, puesto que la doctrina de forma unánime entiende que no se trata de una mera expectativa, sino de un derecho que, a lo sumo, queda suspendido hasta que el Estado pueda cumplirlo”*.⁹ Pero es el párrafo cuarto del número 9 del artículo 19 de la Constitución Política el que preceptúa que las acciones de salud podrán ejecutarse ya por instituciones públicas o privadas, *“en la forma y condiciones que determine la ley.”*. (...) *“En consecuencia, si una persona decide atenderse con una determinada institución o el profesional que elija, nadie puede impedirselo, ni el Estado ni el seguro”. De esta manera, las personas que deseen acceder al sistema privado de salud, deberán suscribir un contrato, el cual establecerá la modalidad de financiamiento de las prestaciones en el plan de salud, el que puede ser de atención cerrada (o abierta), con prestadores preferentes o de libre elección”*.¹⁰

⁹ Nancuante et al (2012) p.19

¹⁰ Íbid. pp. 21-22

La libre elección a la que se hizo mención, así como la posibilidad de optar por instituciones públicas o privadas, coloca al sector salud como una más de las actividades económicas que pueden ejecutarse en nuestro país de acuerdo con las reglas del derecho de la competencia, según se desprende del artículo 19 número 21, inciso primero, de la Constitución Política, que garantiza el derecho para realizar cualquier actividad económica, siempre que no atente en contra de la moral, el orden público y la seguridad nacional, respetando siempre las normas que la regulen. Ello implica que las ISAPRE deberán operar en el mercado como agentes económicos sujetos a dichas normas que regulan la actividad económica (ya de forma genérica como específica). Esos preceptos están contenidos tanto en la Constitución Política como en la ley, destacando principalmente el decreto con fuerza de ley N° 1 de 2006, de Salud, y el decreto ley N° 211, sobre protección de la libre competencia en los mercados. Ello significa que deberán funcionar de manera eficiente y competitiva, impidiendo la generación de barreras de entrada y entregando siempre información transparente que permita (tanto a los usuarios como a los demás competidores) elegir el plan o su estrategia de inversión, respectivamente, según mejor les convenga.

A continuación revisaremos el D.F.L N° 1, de 2006 y el D.L N ° 211 en lo pertinente.

b) Decreto con fuerza de ley N° 1, de 2006.

El decreto con fuerza de Ley N° 1 de 2006, se estructura en base a tres Libros, a saber: Libro I denominado “*De los Organismos Públicos de Salud*”, Libro II “*Regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un régimen de prestaciones de salud*” y Libro III “*Del sistema privado de salud administrado por la Instituciones de Salud Previsional*”

Para una adecuada revisión de la legislación aplicable, contenida en el decreto con fuerza de ley N° 1, de 24 de abril de 2006, se seguirá el siguiente esquema:

- 2. Fonasa
- ii) ISAPRE.
- iii) Superintendencia.
- iv) Cenabast.
- v) Laboratorios.
- vi) Pacientes.

2. Fonasa

En los artículos 49 y siguientes del mencionado cuerpo legal, se regula el Fondo Nacional de Salud, en adelante “*el Fondo*”. El Título I del Capítulo Tercero (Libro I) , denominado “*De las funciones*” (artículo 49), lo conceptúa como un servicio público funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio, el que dependerá del Ministerio de Salud para efectos de supervigilancia en su funcionamiento. El Fondo es el continuador legal, con los mismo derechos y obligaciones, del Servicio Médico Nacional de Empleados y del Servicio Nacional de Salud, para dar cumplimiento a las funciones de orden administrativo y financiero que se asignan por la ley N° 16.781 (otorga asistencia médica y dental en la forma y condiciones que determina dicha ley y su reglamento a los imponentes activos y jubilados o beneficiarios de subsidios de cesantía de los organismos enumerados en el artículo 2° del decreto con fuerza de ley N° 286, de 1960, a las cargas por las cuales dichos imponentes perciban asignación familiar y a los beneficiarios de montepíos y de pensiones de viudez u orfandad de dichos organismos. Se excluyen a los imponentes de la Caja de Previsión Social de los Obreros Municipales de la República, de la Sección Tripulantes de la Caja de Previsión de la Marina Mercante Nacional y a los funcionarios del Servicio Nacional de Salud y sus cargas. Se entregará, asimismo, asistencia médica y dental a las personas que, en conformidad con el artículo del D.F.L N° 338, de 1960, pudieren ser reputadas cargas de familias de los parlamentarios y ex parlamentarios que hayan jubilado o jubilen como tales.).

El artículo 50 declara cuáles son las funciones del Fondo, dentro de las que destacan la recaudación, administración, y distribución de los recursos señalados en el artículo 55 (aportes de la ley de presupuestos; ingresos por concepto de cotizaciones de salud de los afiliados al régimen del Libro II de esta ley; las contribuciones que los afiliados deban hacer para financiar el valor de las prestaciones que ellos y los respectivos afiliados y beneficiarios reciban del régimen del Libro II; los recursos destinados al financiamiento del Servicio Nacional de Salud y del Servicio Médico Nacional de Empleados; los frutos de sus bienes propios; los bienes muebles e inmuebles que adquiera por cualquier título, respecto de los cuales no tendrán aplicación las disposiciones especiales, testamentarias o contenidas en el acto de donación que establezcan una finalidad o destino determinado; las participaciones, contribuciones, arbitrios, subvenciones u otros recursos o ingresos que le corresponda percibir, y los demás recursos que establezcan las leyes – el artículo 56 se refiere a otros ítems que ingresan al patrimonio del Fondo –); financiar, en todo o en parte, las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios del Libro II de esta ley en cualquiera de sus modalidades, por organismos, entidades y personas que pertenezcan o no al sistema o dependan de éste, sean públicos o privados (el financiamiento de las prestaciones podrá incluir el costo de reposición del capital; colaborar con el Ministerio de Salud en la compatibilización y consolidación financiera de los proyectos

de presupuesto de los Servicios de Salud y otros organismos vinculados con esa Secretaría de Estado; colaborar con el Subsecretario de Salud en la administración del financiamiento de las acciones de salud a que se refiere el inciso segundo del artículo 9° de esta ley (norma que prescribe que le corresponderá proponer al Ministro políticas, normas, planes y programas, velar por su cumplimiento, coordinar las acciones del Fondo Nacional de Salud y el Instituto de Salud Pública, e impartirles instrucciones); conocer y resolver los reclamos que sus beneficiarios efectúen; tratar datos personales sensibles con el fin de proteger la salud de la población, y ejercer las demás funciones que les entregue las leyes y reglamentos.

Los artículos 131 y 132, que dan comienzo al Libro II, al cual se ha hecho mención, concretizan la norma constitucional a la que se hizo referencia en párrafos precedentes, toda vez que disponen que el ejercicio del derecho a la protección de la salud comprende el acceso libre e igualitario a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud, así como la libertad de elegir el sistema de salud estatal o privado al cual cada persona desee acogerse. Los establecimientos asistenciales del Sistema Nacional de Servicios de Salud no podrán negar atención a quienes la requieran, ni condicionarla al pago previo de las tarifas o aranceles para este efecto, sin perjuicio de lo dispuesto en los artículos 146 y 159. (El artículo 146 prescribe que las personas que no sean beneficiarias del régimen, podrán requerir y obtener de los organismos a que se refiere el Libro I el otorgamiento de prestaciones de acuerdo con el reglamento, pagando el valor según el arancel que fija el artículo 159.) (Integran el sector salud todas las personas, naturales o jurídicas, de derecho público o privado, que realicen o contribuyan a la ejecución de las acciones mencionadas en el artículo 1º, esto es, el Ministerio de Salud y los demás organismos del Libro I, principalmente el Ministerio de Salud, los Servicios de Salud, los Establecimientos de Autogestión en Red y los Establecimientos de Salud de Baja Complejidad.).

Cabe hacer presente que los afiliados y beneficiarios del Libro II ya referidos (artículos 135 y 136), son los siguientes:

Serán afiliados:

a) Los trabajadores dependientes de los sectores público y privado. Tratándose de personas que hayan efectuado cotizaciones, al menos, durante cuatro meses en los últimos doce meses calendario en virtud de contratos por obra o faena determinada, mantendrán la calidad de afiliados por un período de doce meses a contar del mes al que corresponde la última cotización. En todo caso, los trabajadores dependientes contratados diariamente por turnos o jornadas, que registren, al menos, sesenta días de cotizaciones en los doce meses calendario anteriores, mantendrán la calidad de afiliados durante los doce meses siguientes a aquel correspondiente a la última cotización;

b) Los trabajadores independientes que coticen en cualquier régimen legal de previsión;

c) Las personas que coticen en cualquier régimen legal de previsión en calidad de imponentes voluntarios, y

d) Las personas que gocen de pensión previsional de cualquier naturaleza o de subsidio por incapacidad laboral o por cesantía.

Y beneficiarios:

a) Los afiliados señalados en el artículo anterior;

b) Los causantes por los cuales las personas señaladas en las letras a) y d) del artículo anterior perciban asignación familiar;

c) Las personas que respecto de los afiliados señalados en las letras b) y c) del artículo anterior cumplan con las mismas calidades y requisitos que exige la ley para ser causante de asignación familiar de un trabajador dependiente;

d) La mujer embarazada aun cuando no sea afiliada ni beneficiaria, y el niño hasta los seis años de edad, para los efectos del otorgamiento de las prestaciones a que alude el artículo 139;

e) Las personas carentes de recursos o indigentes y las que gocen de las pensiones asistenciales a que se refiere el Decreto Ley N° 869, de 1975;

f) Los causantes del subsidio familiar establecido en la Ley N° 18.020, y

g) Las personas que gocen de una prestación de cesantía de acuerdo a la ley N° 19.728 y sus causantes de asignación familiar”.¹¹

El artículo 137 de la misma ley declara que la incorporación al régimen se producirá automáticamente al adquirirse cualquiera de las calidades indicadas en los artículos anteriores (135 y 136) y se mantendrá mientras ellas subsistan. Los afiliados deberán efectuar para el Fondo las cotizaciones destinadas a financiar las prestaciones de salud a las que se refieren los decretos leyes N°s 3.500 y 3.501, de 1980, o en las respectivas leyes orgánicas de las entidades previsionales a las que pertenecen. Los imponentes voluntarios y los trabajadores independientes estarán sujetos a la cotización descrita en el decreto ley N° 3.500, aplicada sobre la renta sobre la cual impongan.

El Título II, *De las Prestaciones*, contiene las normas que regulan las prestaciones

¹¹ Artículos 135 y 136.

médicas (Párrafo 1°) y las prestaciones pecuniarias (Párrafo 2°). El Título III *se refiere a la desafiliación del régimen* y el Título IV *a la financiación del régimen*.

ii. ISAPRE.

El artículo 171 del DFL N° 1 2006 Salud, que da comienzo al Párrafo 1°, “De las Instituciones, del Título II, De las instituciones de Salud Provisional”, prescribe que las Instituciones de Salud Provisional financiarán las prestaciones y beneficios de salud, con cargo al aporte de la cotización legal para salud o una superior convenida, a las personas que indica el artículo 135 de esta ley ya reseñado.

Para efectos de la aplicación de lo dispuesto en el número 7° del artículo 13 de la ley sobre Impuesto a las Ventas y Servicios estarán liberadas del IVA las personas naturales o jurídicas que en virtud de un contrato o de una autorización sustituyan a los Servicios de Seguro Social, el Servicio Médico Nacional de Empleados y al Servicio Nacional de Salud, y conforme al Art. 171 inc. 2° de, se entenderá que las Isapres susstituyen a dichas Instituciones en las prestaciones y beneficios de salud a los Servicios de Salud y Fondo Nacional de Salud.

De acuerdo al Art. 171 del DFL N° 1 2006 Salud, las Isapres deberán constituirse como personas jurídicas y registrarse en la Superintendencia. A su turno, los Servicios de Salud y los organismos adscritos al Sistema Nacional de Servicios de Salud, no podrán registrarse en la Superintendencia como Instituciones de Salud Provisional (171 inc.3).

Por último conforme al Art. 171 mencionado, las Isapres serán fiscalizadas por la Superintendencia sin perjuicio de la fiscalización o supervigilancia a que puedan estar sujetas de conformidad con el estatuto jurídico que las regula. (Inc. 4°).

–Por su parte, el artículo 173 señala que las Instituciones tendrán por objeto exclusivo el financiamiento de las prestaciones y beneficios de salud, así como las actividades que sean afines o complementarias de ese objeto, las que en ningún caso podrán implicar la ejecución de dichas prestaciones y beneficios ni participar en la administración de prestadores.¹² Las Instituciones no podrán celebrar convenios con

¹² Conforme a esta norma las ISAPRE no pueden actuar como prestadores directos de acciones de salud, -por ejemplo clínicas o bien de laboratorios-, ni participar en la administración de los prestadores directos. Un análisis comparativo se puede realizar con lo que sucede en el mercado educacional, Universidades sin fines de lucro, en que controladores a través de otras formas jurídicas realizan lo que la ley prohíbe. La norma en forma tacita está prohibiendo la integración, sin embargo se entiende que en la medida que la persona jurídica no lo realice no se incumple, pero el principio de realidad o “levantamiento del velo” propio del derecho mercantil, denota que en la práctica si se puede producir la integración inicialmente prohibida. Sobre este mismo asunto, Nancuante *et al* sostienen que “*la ley establece que el objeto exclusivo de las ISAPRE es solamente financiar prestaciones, pero no puede*

los servicios señalados en el Libro I a los que se hizo alusión – Organismos Públicos de Salud –, sin perjuicio de que podrán pactar la utilización de pensiones, unidades de cuidado intensivo y atención en servicios de urgencia. Estos convenios (con los del Libro I) podrán celebrarse por cada Servicio de Salud con una o más Instituciones, y los valores de las prestaciones serán libremente pactados por las partes. En los casos de atenciones de urgencia debidamente certificados por un médico cirujano, las Instituciones deberán pagar directamente a los Servicios de Salud el valor por las prestaciones que hayan otorgado a sus afiliados hasta que el paciente se encuentre estabilizado de modo de ser derivado a otro centro asistencial. Esto también se aplicará respecto de las atenciones de emergencia.

Para los efectos de la aplicación de este artículo se entenderá que las Instituciones han otorgado un préstamo a sus cotizantes por el valor de las prestaciones que sea de cargo de éstos si acaso transcurrido el plazo de 30 días hábiles desde que la ISAPRE pagó, el monto no ha sido enterado por parte del cotizante en la Institución.

El artículo 173 bis exime del cobro de un cheque en garantía o de dinero en efectivo por el pago de prestaciones. El pago se podrá garantizar por otros medios idóneos tales como tarjeta de crédito, cartas de respaldo otorgadas por los empleadores, letras de cambio o pagarés. Sin perjuicio de lo anterior, el paciente podrá, voluntariamente, entregar cheques o dinero en efectivo.

El artículo 174 se refiere a quiénes pueden actuar como Institución. Preceptúa que ninguna persona natural o jurídica que no hubiere sido registrada para ello por la Superintendencia podrá dedicarse al giro, especialmente a la captación de cotizaciones de salud. La infracción a esta norma será sancionada con presidio menor en sus grados medio a máximo.

Otras normas del Párrafo 1° se refieren a materias de orden administrativo de las Instituciones.

El Párrafo 2°, De la Garantía, artículos 181 y siguientes, expresa que las Instituciones deberán mantener en alguna entidad autorizada por ley para el depósito y custodia de valores, que al efecto determine la Superintendencia, una garantía equivalente al monto de las siguientes obligaciones:

otorgarlas ni directa ni indirectamente. Es decir, se prohíbe la integración vertical entre seguro y prestador (el subrayado es nuestro).” Agregan que lo anterior “no significa que se haya prohibido la existencia de un holding que sea, al mismo tiempo, dueño de una ISAPRE y de un prestador institucional”; (...) “lo que se prohíbe es que una ISAPRE sea, al mismo tiempo, seguro y prestador utilizando una misma contabilidad, un mismo RUT y una misma directiva.” Nancuante et al (2012) p. 224. Sobre esta materia se realiza un análisis más acabado en el acápite referido a la propiedad, pp. 39 y siguientes.

VERSION PRELIMINAR SUJETA A CORRECCIONES FORMALES

1.- Respecto de los cotizantes y beneficiarios, el monto de garantía deberá considerar las obligaciones por concepto de prestaciones por pagar, prestaciones en proceso de liquidación, prestaciones ocurridas y no reportadas, prestaciones en litigio, excedentes de cotizaciones, excesos de cotizaciones y cotizaciones enteradas anticipadamente.

2.- Respecto de los prestadores de salud, la garantía deberá considerar las obligaciones derivadas de prestaciones de salud otorgadas a los cotizantes y beneficiarios de la Institución.

La actualización de la garantía no podrá exceder de treinta días, para lo cual la Institución deberá completarla dentro de los veinte días siguientes, hasta cubrir el monto total que corresponda a las referidas obligaciones.

Cuando el monto de las antedichas obligaciones, dentro del período señalado en el inciso precedente, sea inferior a la garantía existente, la Institución podrá solicitar a la Superintendencia que rebaje el todo o parte del exceso. Dicha Superintendencia dispondrá de un plazo no superior a diez días para autorizar dicha rebaja, el que podrá prorrogarse por resolución fundada y por una sola vez.

Los instrumentos financieros a considerar para la constitución de la garantía serán los siguientes:

a.- Documentos emitidos por el Banco Central de Chile o la Tesorería General de la República;

b.- Depósitos a plazo en moneda nacional con vencimiento a menos de un año emitidos por bancos;

c.- Cuotas de fondos mutuos en instrumentos de deuda de corto plazo con duración menor a 90 días, nominados en moneda nacional;

d.- Boletas de Garantías a la vista emitidas por bancos;

e.- Pactos de retrocompra bancarios respaldados en instrumentos indicados en las letras a) y b) precedentes. El contrato deberá consignar expresamente la venta y promesa de retrocompra de estos instrumentos;

f.- Convenios de créditos en pesos o unidades de fomento endosables en que concurren dos o más bancos, siempre que el crédito sea exigible en menos de un año contado desde su suscripción y que el deudor se encuentre clasificado por agencias clasificadoras de riesgo inscritas en el Registro de la Superintendencia de Valores y Seguros, a lo menos, en categoría de riesgo AA;

g.- Depósitos a plazo, letras de crédito hipotecarias, bonos y otros títulos de deuda o crédito, emitidos por bancos;

VERSION PRELIMINAR SUJETA A CORRECCIONES FORMALES

h.- Cuotas de fondos mutuos cuyos activos se encuentren invertidos en valores o activos nacionales;

i.- Cuotas de fondos mutuos constituidos fuera del país;

j.- Cuotas de fondos mutuos constituidos en el país, cuyos activos estén invertidos en valores extranjeros;

k.- Cuotas de fondos de inversión;

l.- Bonos, pagarés y otros títulos de deuda o crédito, emitidos por empresas públicas o privadas;

m.- Acciones de sociedades anónimas abiertas con presencia bursátil, de acuerdo a los requisitos establecidos por la Superintendencia de Valores y Seguros mediante norma de carácter general y clasificadas como acciones de primera clase, en conformidad a la ley N° 18.045;

n.- Acreencias por concepto de cotizaciones de salud adeudadas por los afiliados o sus empleadores, en el porcentaje que señale la Superintendencia;

ñ.- Pactos de retrocompra bancarios respaldados en instrumentos distintos de los señalados en la letra e);

o.- Convenios de créditos en que concurren dos o más bancos, que no correspondan a los descritos en la letra f), y

p.- Otros instrumentos o activos de fácil liquidación que autorice el Superintendente de Salud.

Respecto de la afiliación y las cotizaciones, el Párrafo 3°, De la afiliación y las cotizaciones, prescribe, en primer término, que los afiliados al régimen que establece el Libro II que opten por una Institución deberán suscribir un contrato de acuerdo con las normas de esta ley.

Las cotizaciones de salud deberán ser declaradas y pagadas en dicha Institución por el empleador, entidad encargada del pago de pensión, trabajador independiente o imponente voluntario.

El resto de las normas se refiere al pago de cotizaciones, no pago de cotizaciones y excedentes.

El Párrafo 4°, De las Prestaciones, exige que los afiliados al régimen deban celebrar un contrato de plazo indefinido con las Instituciones que elijan, en que las partes convendrán libremente las prestaciones, beneficios, forma, modalidad y condiciones

VERSION PRELIMINAR SUJETA A CORRECCIONES FORMALES

de su otorgamiento. Con todo, los referidos contratos deberán comprender, como mínimo, las menciones del artículo 189.

Especial importancia cobra el artículo 198 de la ley, que declara la libertad de las Instituciones para cambiar los precios base de los planes de salud en los términos del inciso tercero del artículo 197 (anualmente, en el mes de suscripción del contrato, las Instituciones podrán revisar los contratos de salud, pudiendo modificar el precio base del plan en condiciones que no importen discriminación entre los afiliados de un mismo plan), sujetándose a las siguientes reglas:

“1.- Antes del 31 de marzo de cada año, las ISAPRE deberán informar a la Superintendencia el precio base, expresado en unidades de fomento, de cada uno de los planes de salud que se encuentren vigentes al mes de enero del año en curso y sus respectivas carteras a esa fecha.

Para expresar en unidades de fomento los precios base de los planes de salud que se encuentren establecidos en moneda de curso legal, las Instituciones de Salud Previsional utilizarán el valor que dicha unidad monetaria tenga al 31 de diciembre del año anterior.

2.- En dicha oportunidad, también deberán informar la variación que experimentará el precio base de todos y cada uno de los contratos cuya anualidad se cumpla entre los meses de julio del año en curso y junio del año siguiente. Dichas variaciones no podrán ser superiores a 1,3 veces el promedio ponderado de las variaciones porcentuales de precios base informadas por la respectiva Institución de Salud Previsional, ni inferiores a 0,7 veces dicho promedio.

El promedio ponderado de las variaciones porcentuales de precio base se calculará sumando las variaciones de precio de cada uno de los planes cuya anualidad se cumpla en los meses señalados en el párrafo anterior, ponderadas por el porcentaje de participación de su cartera respectiva en la suma total de beneficiarios de estos contratos. En ambos casos, se considerará la cartera vigente al mes de enero del año en curso.

3.- Asimismo, la variación anual de los precios base de los planes creados entre febrero y junio del año en curso, ambos meses inclusive, deberá ajustarse a la regla indicada en el párrafo primero del numeral 2 precedente, al cumplirse la anualidad respectiva.

4.- La Institución de Salud Previsional podrá optar por no ajustar los precios base de aquellos planes de salud en donde el límite inferior de la variación, a que alude el numeral 2, es igual o inferior a 2%. Dicha opción deberá ser comunicada a la Superintendencia en la misma oportunidad a que alude el numeral 1 de este artículo.

5.- En ningún caso las ISAPRE podrán ofrecer rebajas o disminuciones respecto del

precio base del plan de que se trate informado a la Superintendencia, a los afiliados vigentes o a los nuevos contratantes de ese plan.

6.- Se prohíbe ofrecer o pactar planes alternativos con menos de un año de comercialización o que, cumpliendo con la vigencia indicada, no tengan personas adscritas, a los afiliados o beneficiarios cuya anualidad se cumpla en el período indicado en el numeral 2. La misma prohibición se aplicará cuando se ponga término al contrato y la persona se afilie nuevamente en la misma Institución de Salud Previsional.

Corresponderá a la Superintendencia fiscalizar el cumplimiento de esta norma, pudiendo dejar sin efecto alzas de precios que no se ajusten a lo señalado precedentemente, sin perjuicio de aplicar las sanciones que estime pertinentes, todo lo cual será informado al público en general, mediante publicaciones en diarios de circulación nacional, medios electrónicos u otros que se determine.

Lo señalado en los incisos precedentes no será aplicable a los contratos de salud previsional cuyo precio se encuentre expresado en un porcentaje equivalente a la cotización legal.”.

Los siguientes párrafos de este Título, 5°, 6° y 7°, se refieren a las garantías explícitas, creación y administración del fondo de compensación solidario y normas generales, respectivamente.

Cabe hacer presente que en cuanto a los estándares legales del sistema ISAPRE, y de acuerdo con un documento del Departamento de Estudios y Desarrollo de la Superintendencia de Salud (al mes de marzo del 2011), *“el sistema ISAPRE, como promedio, siempre ha dado cumplimiento a los estándares de patrimonio y de liquidez en forma holgada, observándose un leve aumento de los niveles en el último año. Por otra parte, el estándar de garantía que sólo logró cumplirse de los tres años de transición otorgado por ley (finalizado en septiembre de 2006), muestra un nivel más ajustado al mínimo exigido, el que no presenta variaciones en el último año.”* Agrega que *“el monto total de garantía está custodiado por tres entidades, el Banco de Chile con un 69,7% del total y el Banco Estado con un 29%, quedando el 1,3% restante bajo el cuidado del Banco de Crédito e Inversiones”*.¹³

iii. Superintendencia.

La legislación entrega la fiscalización y control a la Superintendencia de Salud, artículos 106 y siguientes. El órgano se estructura en una Intendencia de Fondos y Seguros

¹³Poblete (2011).

Previsionales de Salud (artículo 114), que tendrá a su cargo la supervigilancia y control de las Instituciones de Salud Previsional y el Fondo Nacional de Salud y la supervigilancia y control de las garantías explícitas (artículo 115), y en una Intendencia de los prestadores de salud (artículo 121).

La Superintendencia de Salud es un organismo funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio, que se regirá por la ley y su reglamento, y se relacionará con el Presidente de la República a través del Ministerio de Salud. Será considerada, para todos los efectos legales, continuadora legal de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional creada por la ley N° 18.933, con todos sus derechos, obligaciones, funciones y atribuciones que sean compatibles con esta ley. Las referencias que las leyes, reglamentos y demás normas jurídicas hagan a la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional se entenderán efectuadas a la Superintendencia de Salud.

En relación con las Instituciones de Salud Previsional, corresponderán a la Superintendencia las siguientes funciones:

1.-Registrar a las Instituciones de Salud Previsional, previa comprobación del cumplimiento de los requisitos que señale la ley.

2.-Interpretar administrativamente en materias de su competencia, las leyes, reglamentos y demás normas que rigen a las personas o entidades fiscalizadas; impartir instrucciones de general aplicación y dictar órdenes para su aplicación y cumplimiento.

3.-Fiscalizar a las Instituciones de Salud Previsional en los aspectos jurídicos y financieros, para el debido cumplimiento de las obligaciones que establece la ley y aquellas que emanen de los contratos de salud.

La Superintendencia impartirá instrucciones que regulen la oportunidad y forma en que deberán presentarse los balances y demás estados financieros.

4.- Velar porque las instituciones fiscalizadas cumplan con las leyes y reglamentos que las rigen y con las instrucciones que la Superintendencia emita, sin perjuicio de las facultades que pudieren corresponder a otros organismos fiscalizadores.

5.- Exigir que las Instituciones den cumplimiento a la constitución y mantención de la garantía y patrimonio mínimo exigidos por la ley.

6.- Impartir instrucciones y determinar los principios contables de carácter general conforme a los cuales las instituciones deberán dar cumplimiento a la garantía contemplada en el artículo 181 y a los requerimientos de constitución y mantención del patrimonio mínimo que prevé el artículo 178.

7.- Impartir instrucciones de carácter general a las Instituciones de Salud Previsional para que publiquen en los medios y con la periodicidad que la Superintendencia señale, información suficiente y oportuna de interés para el público, sobre su situación jurídica, económica y financiera. Dichas publicaciones deberán efectuarse, a lo menos, una vez al año.

8.-Dictar las instrucciones de carácter general que permitan la mayor claridad en las estipulaciones de los contratos de salud, con el objeto de facilitar su correcta interpretación y fiscalizar su cumplimiento, sin perjuicio de la libertad de los contratantes para estipular las prestaciones y beneficios para la recuperación de la salud.

En caso alguno estas instrucciones podrán contemplar exigencias de aprobación previa de los contratos por parte de la Superintendencia.

9.- Velar por que la aplicación práctica de los contratos celebrados entre los prestadores de salud y las Instituciones de Salud Previsional no afecte los beneficios a que tienen derecho el afiliado o sus beneficiarios.

10.-Impartir las instrucciones para que las Instituciones de Salud Previsional mantengan actualizada la información que la ley exija.

11.-Requerir de los organismos del Estado los informes que estime necesarios para el cumplimiento de sus funciones.

12.- Efectuar publicaciones informativas del sistema de instituciones de salud previsional y sus contratos con los afiliados.

13.- Imponer las sanciones que establece la ley.

14.- Elaborar y difundir índices, estadísticas y estudios relativos a las Instituciones y al sistema privado de salud.

15.- Impartir instrucciones generales sobre la transferencia de los contratos de salud y cartera de afiliados y beneficiarios a que se refiere el artículo 219y dar su aprobación a dichas operaciones.

16.- Mantener un registro de agentes de ventas, fiscalizar el ejercicio de sus funciones y aplicarles las sanciones que establece la ley.

17.- Requerir de los prestadores, sean éstos públicos o privados, la entrega de la certificación médica que sea necesaria para decidir respecto de la procedencia de beneficios regulados por el presente Capítulo y el Libro III de esta Ley. La Superintendencia deberá adoptar las medidas necesarias para mantener la confidencialidad de la ficha clínica.

iv. Cenabast.

La Central Nacional de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud es un servicio público funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio. Dependerá del Ministerio de Salud para los efectos de someterse a la supervigilancia de éste en su funcionamiento y a cuyas políticas, normas y planes generales deberá sujetarse en el ejercicio de sus actividades, en la forma y condiciones que determine el Libro I del D.F.L N° 1 de 2006. La Central proveerá de medicamentos, instrumental y demás elementos o insumos que puedan requerir los organismos, entidades, establecimientos y personas integrantes o adscritas al Sistema, para la ejecución de acciones de fomento, protección o recuperación de la salud y de rehabilitación de las personas enfermas, con el solo objeto de cumplir los planes y programas del Ministerio y a los demás organismos públicos, entre cuyos fines institucionales esté la realización de acciones de salud © de sus beneficiarios; de conformidad al reglamento (decreto supremo número 78, de 1980). Estas funciones son sin perjuicio de la facultad de los Servicios de Salud y de otros organismos o entidades del Sistema para adquirir dichos elementos de otros proveedores. (Artículo 68).

Según consta en su sitio electrónico, tiene por misión *“intermediar con eficacia, transparencia y eficiencia, los requerimientos de fármacos, insumos médicos y bienes públicos de la red asistencial de salud, mediante el liderazgo de información, tecnología y conocimiento, garantizando la disponibilidad oportuna de los productos requeridos. Su visión dice relación con convertirse en el mayor y más eficiente intermediador y coordinador de abastecimiento de fármacos e insumos médicos, sirviendo de base a una salud pública moderna, integral y solidaria. Tanto la Visión y la Misión como la Planificación Estratégica de CENABAST, han sido establecidas y diseñadas por el Comité Directivo de la institución”*¹⁴.

En cumplimiento de lo anterior, CENABAST tiene las siguientes funciones:

“1.- Proveer de medicamentos, artículos farmacéuticos y de laboratorios, material quirúrgico, instrumental y demás elementos e insumos necesarios para el ejercicio de acciones de fomento, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de personas enfermas a los organismos, instituciones y entidades que indicamos anteriormente (primer párrafo de este acápite), y que éstos le requieran;

2.- Mantener en existencia una cantidad adecuada de elementos, a cuyo respecto de plantee riesgos de escasez, determinados por el Ministerio de Salud, los que, en casos

¹⁴ <http://www.cenabast.cl/Contenido/NuestraInstitucion/Nuestramision.asp>

calificados, podrán proporcionarse a los interesados en la forma y condiciones que señale ese Ministerio;

3.- Atender las necesidades que, en las materias de su competencia, le encomiende el Gobierno, en casos de emergencias nacionales e internacionales, y

4.- Prestar asesoría técnica a otros organismos y entidades del sistema, en la forma y condiciones que se establezcan en los convenios que al efecto se celebren”.¹⁵

Otras normas referidas a Cenabast son el decreto con fuerza de ley N° 36, de 1980, que establece normas que regulan los convenios que celebren los servicios de salud que a dichos servicios corresponde ejecutar y la resolución N° 840, que aprueba el arsenal farmacológico básico de las postas rurales de salud.

v. Laboratorios.

La regulación de los laboratorios se encuentra en el Libro IV del Código Sanitario, particularmente en sus artículos 101, 102 y 103, que prescriben lo siguiente:

“Artículo 101.- Los instrumentos, aparatos, dispositivos y otros artículos o elementos destinados diagnóstico, prevención y tratamiento de enfermedades de seres humanos, así como al reemplazo o modificación de sus anatomías y que no correspondan a las sustancias descritas en los artículos 97, 98 y 99 de este Código, deberán cumplir con las normas y exigencias de calidad que les sean aplicables según su naturaleza, en conformidad con las siguientes disposiciones:

2. a) Las personas naturales o jurídicas que, a cualquier título, fabriquen, importen, comercialicen o distribuyan tales elementos, deberán realizar el respectivo control y certificación de su calidad en servicios, instituciones, laboratorios o establecimientos con autorización sanitaria expresa, otorgada de conformidad a lo dispuesto en el artículo 7º de este Código.

El reglamento deberá establecer las condiciones de equipamiento y demás recursos de que deberán disponer los establecimientos, así como también la forma en que se solicitará y otorgará esta autorización. Las entidades cuyas solicitudes sean denegadas o no contestadas dentro del plazo a que se refiere el inciso segundo del artículo 7º de este Código, podrán reclamar, dentro del plazo de quince días hábiles, ante el Ministerio de Salud. El reglamento señalará la forma en que deberá tramitarse este recurso.

¹⁵ Nancuante et al (2012) p. 120

2. b) El Instituto de Salud Pública de Chile, será el organismo encargado de autorizar y fiscalizar a las entidades que realicen el referido control y certificación, debiendo, a falta de organismos privados que desarrollen dichas tareas, ejecutarlas por sí c) Los controles y pruebas de calidad que deban efectuarse en virtud de lo dispuesto en las letras anteriores, se sujetarán a las especificaciones técnicas fijadas por las normas oficiales aprobadas y, a falta de éstas, por las que apruebe el Ministerio de Salud, a proposición del mencionado Instituto y sobre la base de la información obtenida en la materia de parte de organismos internacionales o entidades extranjeras especializadas de control.

Las personas naturales o jurídicas cuyos instrumentos, aparatos, dispositivos, artículos o elementos sean rechazados por el control de calidad de una entidad autorizada, podrán reclamar ante el Instituto de Salud Pública de Chile, en el plazo de quince días hábiles, en la forma que señale el reglamento.

d) Por decreto supremo fundado del Ministerio de Salud, se hará efectiva la aplicación de las disposiciones de este artículo a las diferentes clases o tipos de instrumentos, aparatos, dispositivos, artículos y elementos de que trata, a proposición del Instituto de Salud Pública de Chile, en la que deberá indicarse las especificaciones técnicas a que se sujetará su control de calidad, aprobadas con arreglo a la letra c) y las entidades que cuentan con autorización oficial para ejecutarlo o la inexistencia de interesados en obtener esta autorización.

e) Será competente para instruir el sumario sanitario y sancionar las infracciones a estas disposiciones el Director del Servicio de Salud en cuyo territorio se cometan.

f) Los elementos que se comercialicen o distribuyan, a cualquier título, sin contar con el certificado de calidad establecido en esta disposición, serán decomisados, sin perjuicio de las demás medidas que pueda adoptar la autoridad sanitaria.

g) Las destinaciones aduaneras de estos elementos se sujetarán a las disposiciones de la ley N° 18.164 y su uso y disposición deberán ser autorizados por el Instituto de Salud Pública de Chile.

El costo de las certificaciones será de cargo exclusivo de las personas naturales o jurídicas que las soliciten.

Art. 102. Ningún producto farmacéutico o cosmético podrá ser comercializado ni distribuido en el país sin que se proceda a su registro previo en el Instituto de Salud Pública.

Sin embargo, la autoridad sanitaria podrá autorizar provisionalmente la venta o uso, sin previo registro, de productos farmacéuticos para usos medicinales urgentes, para investigación científica o ensayos clínicos.

El Servicio Nacional de Aduanas informará mensualmente al Instituto de Salud Pública acerca de los productos farmacéuticos y cosméticos que hayan sido importados al país, como también sobre su cantidad y el nombre del importador.

Corresponderá al Ministerio de Salud pronunciarse previamente respecto de la cancelación de un registro o la denegación de su otorgamiento.

Art. 103. Un reglamento determinará las normas de control de calidad a que estarán sujetos los productos farmacéuticos y cosméticos que se importen o fabriquen en el país. No obstante, todo laboratorio de producción deberá tener su propio sistema de control de calidad de sus productos a cargo de un farmacéutico o químico-farmacéutico.”.

vi. Derechos de los pacientes.

Si bien los derechos de las personas en relación con sus prestaciones de salud están en el decreto con fuerza de ley N° 1 de 2006, el 23 de abril de 2012 se promulgó la ley que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud (N° 20.584), que entrará en vigencia el 1 de octubre de 2012.

Dentro de sus principales aspectos, señala que esta ley tiene por objeto regular los derechos y los deberes que las personas tienen en relación con acciones vinculadas a su atención de salud. Sus disposiciones se aplicarán a cualquier tipo de prestador de acciones de salud, sea público o privado. Asimismo, y en lo que corresponda, se aplicarán a los demás profesionales y trabajadores que, por cualquier causa, deban atender público o se vinculen con las atenciones de salud. (Artículo 1°).

Destaca también que toda persona tiene derecho, cualquiera sea el prestador, a que las acciones sean oportunas y ejecutadas sin discriminación arbitraria. (Artículo 2°).

Define al prestador de salud como *“toda persona natural o jurídica, pública o privada, cuya actividad sea el otorgamiento de atenciones de salud. Los prestadores son de dos categorías: institucionales e individuales.”*.

Se refiere luego a otras materias tales como el trato digno, la compañía espiritual y la información, entre otros.

C) Decreto ley número 211, sobre protección de la libre competencia en los mercados.

Las normas de protección competitiva se encuentran hoy contenidas en el D.F.L Nº 1, de 2006, del Ministerio de Economía, Fomento y Reconstrucción que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del D.L Nº 211, de 1973, publicado el 7 de marzo de 2005. (Hacemos presente que este cuerpo normativo contiene todas las modificaciones posteriores al 7 de marzo de 2005).¹⁶

El artículo 1º del decreto ley Nº 211 (contenido en el D.F.L Nº 1, de 2006, del Ministerio de Economía, Fomento y Reconstrucción que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del D.L Nº 211, de 1973) dispone que la presente ley tiene por objeto *“promover y defender la libre competencia en los mercados”*, norma que define el bien jurídico protegido. Esta materia ha sido largamente discutida por la doctrina (libre concurrencia; autonomía de la voluntad; derecho a desarrollar cualquier actividad económica; justicia distributiva e igualdad de oportunidades; protección de los competidores; eficiencia económica; formación de precios por medio del libre juego de la oferta y la demanda y la producción de más y mejores bienes a menor precio).¹⁷

Como puede apreciarse, la definición del contenido del bien jurídico protegido libre competencia no ha sido un tema pacífico, sin que el Tribunal de Defensa de la Libre Competencia haya arrojado criterios uniformes en la materia. Vale decir también que ante la amplitud del contenido del bien jurídico protegido, así como de la amplitud de la descripción de los ilícitos competitivos, resulta complejo optar sobre una de las teorías en desmedro absoluto de las otras. Sin perjuicio de lo anterior asumimos que para definir el modelo competitivo chileno, es necesario tener a la vista la eficiencia económica, la protección de los consumidores y la formación de precios por medio del libre juego de la oferta y la demanda y la producción de más y mejores bienes a precios más bajos. (Si se quiere esta última teoría viene a ser el resultado de las 2 primeras).

Lo expresado puede fundarse, incluso, en la construcción típica que el legislador ha hecho de los atentados competitivos.

Dichos atentados en contra de la regulación competitiva están en el artículo 3º del decreto ley número 211, precepto que, a su turno, está dividido en una doble construcción dogmática: por una parte el tipo genérico (inciso primero) y los tipos especiales por el otro (inciso segundo).

¹⁶ Disponible en www.leychile.cl

¹⁷ Sobre el particular, ver Valdés (2006) pp. 188 y ss.

La norma dispone lo que sigue:

“Artículo 3º.- El que ejecute o celebre, individual o colectivamente, cualquier hecho, acto o convención que impida, restrinja o entorpezca la libre competencia, o que tienda a producir dichos efectos, será sancionado con las medidas señaladas en el artículo 26 de la presente ley, sin perjuicio de las medidas preventivas, correctivas o prohibitivas que respecto de dichos hechos, actos o convenciones puedan disponerse en cada caso.

Se considerarán, entre otros, como hechos, actos o convenciones que impiden, restringen o entorpecen la libre competencia o que tienden a producir dichos efectos, los siguientes:

a) Los acuerdos expresos o tácitos entre competidores, o las prácticas concertadas entre ellos, que les confieran poder de mercado y que consistan en fijar precios de venta, de compra u otras condiciones de comercialización, limitar la producción, asignarse zonas o cuotas de mercado, excluir competidores o afectar el resultado de procesos de lici.

2.. *b) La explotación abusiva por parte de un agente económico, o un conjunto de ellos, de una posición dominante en el mercado, fijando precios de compra o de venta, imponiendo a una venta la de otro producto, asignando zonas o cuotas de mercado o imponiendo a otros abusos semejantes.*

b) Las prácticas predatorias, o de competencia desleal, realizadas con el objeto de alcanzar, mantener o incrementar una posición dominante.”.

Como puede observarse, el inciso primero considera una concepción amplia del tipo: *“cualquier hecho, acto o convención que impida, restrinja o entorpezca la libre competencia en los mercados, o que tienda a producir dichos efectos”*; hechos actos o convenciones que pueden ejecutarse o celebrarse individual o colectivamente.

Así, el poder de mercado atenta en contra de la eficiencia económica (en razón de la ruptura de la asimetría en el tamaño de participación en el mercado de que se trate) y el abuso de dicho poder lesiona la libertad de los consumidores en cuanto a la posibilidad de discutir de igual a igual el precio de intercambio, como, asimismo, la opción de otros agentes de ingresar a dicho mercado. La suma de ambos factores presiona a que no exista oferta y demanda libre, por lo que no se producirán más y mejores bienes a precios más bajos. Ineficiencia en la estructura y asimetría en la información generan escenarios propicios para conductas atentatorias en contra de la libre competencia.

Definido entonces el bien jurídico protegido como la libre competencia en los mercados y su contenido la determinación del precio bajo el libre juego de la oferta y la demanda y la producción de más y mejores bienes a precios más bajos en una

estructura compuesta por muchos oferentes y muchos demandantes, cabe preguntarse si acaso dicha estructura cuadra con la definición de bien jurídico que hemos adoptado.

Con oportunidad del análisis de la propiedad y relaciones entre los diferentes controladores de las ISAPRE y los prestadores, se enunciarán los eventuales atentados en contra de la competencia y las falencias normativas al respecto.

2.3. Proyecto en trámite: Boletín N° 8.105-11, que modifica el Sistema Privado de Salud, incorporando un plan garantizado.

Esta iniciativa se encuentra en primer trámite constitucional en la Honorable Cámara de Diputados. Ya fue emitido el Informe de la Comisión de Salud, por lo que ahora lo estudiará la Comisión de Hacienda. Es preciso señalar que el Ejecutivo, con fecha 3 de mayo de 2012, formuló indicaciones a este proyecto. Según el Informe de la Comisión de Salud, el objetivo del proyecto consiste en *“sentar las bases de una nueva institucionalidad dentro del sistema de Instituciones de Salud Previsional, mediante instrumentos que permitan aumentar la solidaridad y la transparencia del sistema. Para ello, se propone –en lo fundamental- modificar el régimen de financiamiento del Sistema de Salud Privado, a través de la creación de un Plan Garantizado de Salud, y otorgar nuevas herramientas que faciliten el análisis de los ajustes de precios que realicen las ISAPRE.”*.

Declara el mensaje del Presidente de la República que *“en un primer momento y con el objeto de dar mayores niveles de certeza al Sistema, se presentó a ese H. Congreso el proyecto boletín N° 7.539-11, el que tuvo por finalidad consagrar instrumentos que otorgaran mayor información a los cotizantes y beneficiarios y que también contribuyeran a atenuar las alzas que experimentan los precios de los planes de salud conforme a la actual legislación. En efecto, esta última situación constituye una preocupación creciente, pues afecta principalmente a aquellas personas que, por su edad o la de sus beneficiarios, se enfrentan anualmente a alzas en sus planes de salud. Ahora bien, el proyecto de ley boletín N° 7.539-11 fue concebido como un primer esfuerzo para perfeccionar la normativa legal de las ISAPRE, sin perjuicio de lo cual consideramos pertinente aumentar los mecanismos de solidaridad y razonabilidad existentes. Es decir, estimamos necesario abordar una reforma integral al financiamiento del Sistema de Salud Privado de Salud.”*.

El proyecto contenido en el Boletín N° 7.539-11 al que se hizo mención introduce modificaciones al decreto con fuerza de ley N° 1, de Salud, de 2005, que fija el texto refundido, sistematizado y coordinado de diversas leyes que regulan el sistema de

ISAPRE, “en orden a adecuar la normativa vigente en la materia a los últimos fallos dictados por tribunales del país, procediendo a regular legalmente la existencia de la tabla de factores, y permitiendo la existencia de indicadores referenciales de la variación del gasto en salud de las personas, los cuales servirán de base para que un panel de expertos que se crea por esta normativa legal, establezca una banda referencial que sirva de base a las ISAPRE para la adecuación de precios de los planes que ofrecen a los cotizantes del sistema privado de salud”.¹⁸

Conforme al mensaje con que el Ejecutivo presentó esta última iniciativa de ley, existen las siguientes etapas en la determinación de los precios fijados por las ISAPRE para sus planes:

“- En una primera etapa (entre 1980 – 1995) las ISAPRE fijaban el valor de los planes de salud considerando un precio base que multiplicaban por un factor determinado, en consideración a los riesgos de sexo y edad. En los respectivos contratos sólo se consignaba su precio, sin explicitar el instrumento empleado para ponderar el riesgo individual, todo lo cual impedía a los afiliados conocer en forma cierta los factores utilizados, cómo éstos variarían en el tiempo, y el fundamento de las modificaciones de los precios de sus planes.

- En una segunda etapa (1995 – 2005), luego de constatada la situación antes descrita, en 1995, se dictó la ley N° 19.381 (que modificó la ley N° 18.933, conocida como ley de ISAPRE), e incorporó una norma conforme a la cual, no obstante la libertad de las Instituciones para adecuar el precio, el nuevo valor a cobrar al momento de la renovación del plan de salud, debía mantener la relación de precios por sexo y edad que hubiera sido establecida en el contrato original. Dich- norma -que reconoció implícitamente la existencia de las tablas de factores- tuvo como finalidad ligar la suerte de los cotizantes mayores con la de los más jóvenes, incorporando elementos de solidaridad al sistema.

En cumplimiento de dicha norma, la entonces Superintendencia de ISAPRE impartió instrucciones, de manera que en los contratos de salud se estipulara claramente la forma en que se modificarían las cotizaciones por la incorporación o retiro de beneficiarios de acuerdo a la tabla de precios, según sexo y edad y por tipo de beneficiario (cotizante o carga). Luego de incorporadas las tablas de precios en los planes de salud, ese organismo fiscalizador pudo constatar la existencia de múltiples tablas en las distintas ISAPRE, situación que generaba asimetrías de información que afectaban la transparencia del sistema, por cuanto dificultaba que los cotizantes pudieran efectuar comparaciones entre los distintos planes de salud.

¹⁸ Primer informe de la Comisión de Salud de la Honorable Cámara de Diputados.

- En una tercera etapa (a partir de 2005), mediante la ley N° 20.015 (que modificó la ley N° 18.933), se incorporó una norma conforme a la cual, no obstante la libertad de las Instituciones para adecuar el precio, el nuevo valor a cobrar al momento de la renovación del plan de salud debía mantener la relación de precios por sexo y edad que hubiera sido establecida en el contrato original. Dicha disposición -que reconoció implícitamente la existencia de las tablas de factores- tuvo como finalidad ligar la suerte de los cotizantes mayores con la de los más jóvenes, incorporando elementos de solidaridad al sistema. En cumplimiento de dicha norma, la entonces Superintendencia de ISAPRE impartió instrucciones para que en los contratos de salud se estipulara claramente la forma en que se modificarían las cotizaciones por la incorporación o retiro de beneficiarios de acuerdo a la tabla de precios, según sexo y edad y por tipo de beneficiario (cotizante o carga).

Una vez incorporadas las tablas de precios en los planes de salud, el referido organismo fiscalizador pudo constatar la existencia de múltiples tablas en las distintas ISAPRE, situación que generaba asimetrías de información que afectaban la transparencia del sistema, por cuanto dificultaba que los cotizantes pudieran efectuar comparaciones entre los distintos planes de salud. A raíz de lo anterior, al modificarse en 2005, la ley N°18.933 a través de la ley N° 20.015, se reguló en la ley el mecanismo para la determinación de las tarifas de los planes de salud. Se estableció, por tanto, que el precio final a pagar a la Institución de Salud Previsional por el plan contratado, se obtendría multiplicando el respectivo precio base por el factor que corresponde al afiliado o beneficiario, de conformidad a la respectiva tabla de factores. De esta manera se consagró plenamente la existencia legal de la tabla de factores, indicándose que tales factores debían reflejar la relación de precios del plan de salud para cada grupo de personas, según edad y sexo, y dependiendo de su condición de cotizante o carga. Igualmente, se dispuso que cada plan podía tener una sola tabla, y que las ISAPRE no podrían establecer más de dos tablas para la totalidad de los planes que comercializaran. A su vez, se autorizó a las referidas instituciones para crear nuevas tablas cada cinco años.

Por otro lado, también se contempló que los precios base de los planes se modificarían en condiciones generales, de manera que no importaran discriminación entre los afiliados de un mismo plan, y se restringió la posibilidad de introducir diferencias entre los afiliados a un plan determinado. En consecuencia, la ley N° 20.015 obligó a las ISAPRE a incluir, en sus procesos de adecuación, a todos los planes de su cartera, de manera de distribuir las alzas entre todos sus cotizantes sin que se pudiese favorecer especialmente a algunos, en desmedro de los demás. Por ello, en 2005 se limitó el alza de los precios base a una banda, fijando para eso un máximo y un mínimo de 30% respecto del promedio ponderado de las variaciones porcentuales de los precios base de los planes informadas por cada ISAPRE. Se creó una banda dentro de la cual debían fluctuar las alzas aplicadas por las ISAPRE a los precios base de los planes, con el fin de

poner un límite que impidiera continuar con la práctica de aumentar precios de los planes que concentraban beneficiarios con alta siniestralidad, cuya condición de salud les impedía cambiarse de plan o de ISAPRE y, a la vez, abstenerse de adecuar, o aplicar un alza menor, a aquellos planes que tenían mejores resultados financieros.”.

Cabe hacer presente que este proyecto (7.539-11) también se encuentra en primer trámite en la Honorable Cámara de Diputados, al igual que el del Boletín N° 8.105-11, también con el primer informe emitido de la Comisión de Salud a la espera de ser conocido por la Comisión de hacienda. La única (gran) diferencia es que no tiene urgencia, en tanto que este último sí la tiene, lo que en términos legislativos importa que el Ejecutivo esté interesado en la aprobación del Boletín N° 8.105-11.

Volviendo al proyecto del Boletín N° 8.105-11, este introduce una normativa que propone *“modificar el sistema vigente, fundamentalmente, en los siguientes términos:*

- *Creación de un Plan Garantizado de Salud (PGS), que incluirá: Garantías Explícitas en Salud (GES); cobertura para gastos catastróficos; cobertura para eventos de emergencia vital; examen de medicina preventiva incluido el sistema GES; y, prestaciones curativas y cobertura financiera. Se tratará de un sistema que obligadamente deberán ofrecer las ISAPRE, a precio único, independiente del sexo, edad y condición de salud de los beneficiarios, cuyo precio será fijado por cada institución.*
- *Incorporación de un Subsidio por Incapacidad Laboral (SIL). Corresponderá a un porcentaje determinado de la remuneración imponible de los cotizantes, que será el mismo para todos los afiliados a una misma institución. Se cobrará adicionalmente, respecto de los trabajadores dependientes e independientes que corresponda.*
- *Creación de un fondo de compensación. Consistirá en una prima comunitaria, que determinará el Ministerio de Salud, según un modelo de ajuste de riesgos que propondrá un consejo consultivo.*
- *Establecimiento de beneficios complementarios en salud, y excedentes. Corresponderá a aquel conjunto variado y disímil de beneficios de salud a los que los afiliados al sistema desean acceder, por sobre el mínimo uniforme garantizado con el PGS.*
- *Se contempla el establecimiento de indicadores de la variación de los precios de las prestaciones de salud, en relación a la variación experimentada por la frecuencia en el uso y la variación del gasto en subsidios por incapacidad laboral.*
- *Un panel de e–pertos -de carácter técnico y autónomo- calculará, anualmente, la variación porcentual de los precios del plan garantizado de salud (PGS) y de los*

subsidios por incapacidad laboral (SIL), todo ello en base a indicadores elaborados por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE).

- *Normas transitorias destinadas a implementar, dentro de un período de transición entre el actual sistema y el que se propone implementar, indicadores e índices referenciales en materia de ajustes de precios de los actuales planes de salud.”.*

El texto del mensaje del Ejecutivo está estructurado en 4 artículos permanentes y seis transitorios.

Tal como se anticipó, el Ejecutivo, por medio del oficio N° 039-360,¹⁹ de 10 de abril de 2012, formuló numerosas indicaciones a este proyecto de ley. Interesa a este informe la que reemplaza el inciso primero del artículo 172 del D.F.L N° 1 de 2006 por otro, nuevo, que obliga a las ISAPRE a *“proporcionar información suficiente y oportuna a sus afiliados y al público en general respecto de las materias fundamentales de los contratos que ofrecen, tales como los precios del Plan Garantizado de Salud, de la Cobertura para Subsidios por Incapacidad Laboral, de los Beneficios Complementarios y de las modalidades y condiciones de éstos. En cumplimiento de esta obligación, las ISAPRE deberán informar sobre la red o redes de prestadores a través de las cuales otorguen las prestaciones comprendidas en las Garantías Explícitas en Salud y la Cobertura para Gastos Catastróficos, así como otras redes que puedan constituir para otorgar los demás beneficios que ofrezca el Plan Garantizado de Salud.”* Asimismo, las ISAPRE informarán las redes de prestadores por medios de las cuales otorguen los Beneficios Complementarios, para el caso que se comercialicen en esa modalidad. Fiscalizará la entrega de información la Superintendencia.

De los proyectos a los cuales se ha hecho referencia, sólo se observan cambios en la modalidad de los contratos así como en la determinación de los precios de los planes, los que si bien representan algún tipo de avance en beneficio del consumidor, no apuntan a la desconcentración en el mercado de las ISAPRE ni a la integración vertical que actualmente existe entre dichas entidades y los prestadores. Aún más, la indicación descrita en el párrafo precedente sólo obliga a informar *“sobre la red o redes de prestadores a través de las cuales otorguen las prestaciones”*, lo que implica un reconocimiento tácito cómo está funcionando la estructura de la salud en Chile a la fecha, tal como está descrita en el apartado de la propiedad de la salud privada en Chile.

¹⁹ Disponible en www.senado.cl. Boletín N° 8.105-11.

2.4. Resumen

1) Vigente la Constitución Política de 1980, ésta reconoció como una garantía constitucional, en su Art. 19 N° 9 inciso 1º, el derecho a la protección de la salud, disponie“do que *"El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo. Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud. Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias. Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea este estatal o "rivado."*

2) Como consecuencia del diseño constitucional y legal del sector salud que se concreta en la Constitución de 1980, se modificó el sistema previsional (pensiones y salud), creándose , como se anticipaba, en el año 1981 – decreto con fuerza de ley N° 3, de 1981 – las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), las que se ratifican en el año 1984 por medio de la ley N° 18.469, de 1985, que regula el ejercicio del derecho constitucional de protección de la salud, en que se fija el actual sistema mixto de prestaciones de salud. También en 1985 las leyes N°s 18.418 y 18.469 establecen un Fondo Único de Prestaciones Familiares y de Subsidios, reorganizando al sector público en modalidades de atención institucional y libre elección, fijando el aporte financiero según la capacidad económica que corresponda.

3) La legislación aplicable a las ISAPRE (y a todo el sistema de salud) está contenida en el decreto con fuerza de ley N° 1, de 24 de abril de 2006, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N°2.763, de 1979, y de las leyes N°s 18.933 y 18.469. La última modificación, según registros de la Biblioteca Nacional del Congreso Nacional, fue la de la ley N° 20.575, de 17 de febrero de 2012. Además, y como actores económicos en un escenario competitivo, se les aplica el decreto ley N° 211.

4) Que el bien jurídico protegido en materia de libre competencia es la libre competencia en los mercados y su contenido la determinación del precio bajo el libre juego de la oferta y la demanda y la producción de más y mejores bienes a precios más bajos en una estructura compuesta por muchos oferentes y muchos demandantes.

5) Por lo que respecta al D.F.L N° 1, su artículo 173 señala que las Instituciones tendrán por objeto exclusivo el financiamiento de las prestaciones y beneficios de salud, así como las actividades que sean afines o complementarias de ese objeto, las que en ningún caso podrán implicar la ejecución de dichas prestaciones y beneficios ni participar en la administración de prestadores. Las Instituciones no podrán celebrar convenios con los servicios señalados en el Libro I a los que se hizo alusión –

Organismos Públicos de Salud-, sin perjuicio de que podrán pactar la utilización de pensiones, unidades de cuidado intensivo y atención en servicios de urgencia. Estos convenios (con los del Libro I) podrán celebrarse por cada Servicio de Salud con una o más Instituciones, y los valores de las prestaciones serán libremente pactados por las partes. En los casos de atenciones de urgencia debidamente certificados por un médico cirujano, las Instituciones deberán pagar directamente a los Servicios de Salud el valor por las prestaciones que hayan otorgado a sus afiliados hasta que el paciente se encuentre estabilizado de modo de ser derivado a otro centro asistencial. Esto también se aplicará respecto de las atenciones de emergencia.

6) CENABAST tiene las siguientes funciones:

“1.- Proveer de medicamentos, artículos farmacéuticos y de laboratorios, material quirúrgico, instrumental y demás elementos e insumos necesarios para el ejercicio de acciones de fomento, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de personas enfermas a los organismos, instituciones y entidades que indicamos anteriormente (primer párrafo de este acápite), y que éstos le requieran;

2.- Mantener en existencia una cantidad adecuada de elementos, a cuyo respecto de plantee riesgos de escasez, determinados por el Ministerio de Salud, los que, en casos calificados, podrán proporcionarse a los interesados en la forma y condiciones que señale ese Ministerio;

3.- Atender las necesidades que, en las materias de su competencia, le encomiende el Gobierno, en casos de emergencias nacionales e internacionales, y

4.- Prestar asesoría técnica a otros organismos y entidades del sistema, en la forma y condiciones que se establezcan en los convenios que al efecto se celebren”.²⁰

7) Los proyecto de ley en trámite referidos a la materia no se refieren a la estructura del mercado, sino que, más bien, a obligaciones de información de las ISAPRE.

²⁰ Nancuante et al (2012) p. 120

3. ESTRUCTURA DE LA PROPIEDAD DE LAS ISAPRES.

3.1. Aspectos generales.

En el llamado mercado de la salud privada interactúan diversos agentes, los cuales difieren en objetivos y finalidades, por lo cual en este mercado es posible distinguir a su vez otros mercados en su interior (sub-mercados). Tal es el caso del mercado de los aseguradores de la Salud, de los prestadores de ella, y finalmente otros, tales como los laboratorios clínicos.

En relación al mercado de los seguros, los oferentes que interactúan y compiten son las llamadas Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE). La legislación chilena, como se ha señalado, las regula en el Libro III *"Del sistema privado de la Salud administrado por las instituciones de Salud pre"visional"*, que forma parte del decreto con fuerza de ley N° 1, publicado con fecha de 24 de abril de 2006, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N°2.763 de 1979 y de las leyes números 18.933 y 18.469.

El legislador expresamente ha establecido en el artículo 171, inciso segundo, del D.F.L N° 1 de 2006 que ellas deben ser personas jurídicas y cumplir con registrarse en la Superintendencia de Salud. Sin embargo, para efectuar tal trámite de registro se deben cumplir con las exigencias establecidas los artículos 176²¹ y 178, cuyo objeto es transparentar información y mostrar capacidad y solvencia de la institución. En relación al artículo 178, se constituye una barrera de entrada al mercado de baja intensidad en cuanto a capital mínimo efectivamente pagado (5.000 UF) que la ISAPRE debe acreditar y de garantía que debe otorgar la ISAPRE al momento de solicitar su registro (2.000 UF).²²⁻²³

²¹ La exigencia en este artículo se manifiesta en requisitos que deben reunir los administradores, gerentes de estas instituciones, a modo de ejemplo: que no haya cometido delito que merezca pena aflictiva.

²² Artículo 178. *"Las Instituciones deberán acreditar, al momento de presentar la solicitud de registro a la Superintendencia, un capital mínimo efectivamente pagado, equivalente a cinco mil unidades de fomento. Las Instituciones deberán constituir, al momento de ser registradas, una garantía equivalente a dos mil unidades de fomento. Asimismo, las Instituciones deberán mantener un patrimonio igual o superior a 0,3 veces sus deudas totales. Dicha relación será revisada mensualmente por la Superintendencia...."*

²³ Existen otros mercados en que el legislador ha establecido para quienes deseen participar en él, exigencias de capital mínimo efectivamente pagado y garantías, por ejemplo, mercado de bancos en que se exige un capital mínimo pagado de 800.000 UF y una garantía del 10% durante el proceso de

VERSION PRELIMINAR SUJETA A CORRECCIONES FORMALES

En cuanto al objeto de estas instituciones, el inciso primero del artículo 173 señala que su objeto exclusivo será *“el financiamiento de las prestaciones y beneficios de la Salud, así como las actividades que sean afines o complementarias a ese fin, las que en ningún caso podrán implicar la ejecución de dichas prestaciones y beneficios ni participar en la administración de prestadores.”*

Esta norma es de especial importancia, atendido que el espíritu del legislador es que la Isapres se concentren en el financiamiento de prestaciones y beneficios de Salud y actividades afines o complementarias, por tanto, al utilizar la expresión *“en ningún caso”* prohíbe la ejecución de prestaciones, entregar beneficios y participar en la administración de prestadores.

Es dable entonces cuestionarse si legalmente procede que las Isapres cuenten, al menos en una mirada externa –no estrictamente jurídica-, con Redes de Salud que incluyen prestadores, particularmente clínicas de propiedad de un mismo grupo controlador con las cuales celebran convenios de atención para sus afiliados con planes de Salud con atención preferente en esos centros.

Por cierto, y se apreciará después en términos estrictos, no es la Isapre la que administra una determinada clínica. Sin embargo, existe una relación de propiedad directa o indirecta entre Isapres y clínicas que llevan a un mismo grupo controlador.

¿Se vulnera el artículo 173 del D.F.L Nº 1 de 2006? En sentido expreso no, por cuanto las Isapres en cuanto personas jurídicas no son propietarios de prestadores ni administradores directos de las mismas, sin embargo los socios/accionistas de esas personas jurídicas (Isapres y prestadores, particularmente clínicas) sí pueden coincidir, produciéndose una relación indirecta que confunde Isapres con prestadores.

La confusión entre Isapres y prestadores, especialmente desde la perspectiva de los afiliados y beneficiarios, se hacen explícitas cuando por medio del concepto de *“Redes de Salud”* se integran Isapres y prestadores, que pertenecen a los mismos controladores.

En cuanto a la legalidad de la participación de un mismo grupo controlador en el mercado asegurador (Isapres) y prestador (Clínicas) en relación al Art. 173 del DFL Nº 1 de 2006, caben dos posiciones:

Por un lado, se puede estimar que no se incurre en infracción alguna a la norma, en la medida que unos y otros (Isapres y Clínicas) son personas jurídicas distintas, por lo que la Isapre no vulnera la norma si es otra persona jurídica, aún de los mismos dueños, la que realiza la prestación a través de Clínicas. Más aún y como se desprende de

constitución. En el caso de compañías de seguro se exige un capital mínimo de 90.000 UF (Artículo 7 D.F.L 251 de 1931 Ley de Seguros).

opiniones vertidas en la discusión parlamentaria de esta norma, la integración vertical no es cuestionable a priori si en definitiva existe competencia horizontal (entre prestadores) y se respeta la Ley Antimonopolios²⁴

Una segunda postura, es considerar la norma en un sentido prohibitivo, “en ningún caso”²⁵, y los actos que prohíbe la ley son nulos y de ningún valor, salvo en cuanto designe expresamente otro efecto de la nulidad para el caso concreto (Art. 10 del Código Civil). Esta norma, se complementa con lo dispuesto en el artículo 11 del Código Civil que dispone, “*cuando la ley declara nulo algún acto, con el fin expreso o tácito de precaver un fraude, o de proveer a algún objeto de conveniencia pública o privada, no se dejará de aplicar la ley, aunque se pruebe que el acto que ella anula no ha sido fraudulento o contrario al fin de la ley.*” Conforme a esta norma las leyes pueden tener fines expresos o tácitos, y en esta segunda visión más restrictiva, al prohibirse por la ley que las Isapres participen en la administración de prestadores (como lo son las clínicas) es posible entender que se lo que se pretende es evitar la confusión de roles (administrador de cotizaciones y prestadores) que afecten a los afiliados, particularmente en cuanto se puede visualizar –sin integración vertical- un mercado de prestadores que compitan por precio y calidad para captar afiliados de cualquier Isapres, y en la medida que se tiende a la integración vertical esta libertad de elección disminuye, sin perjuicio que se pueda justificar en una reducción de precios atendido los convenios y las economías de escala, lo que es un análisis que debe considerarse económicamente.

A su turno, el artículo 10 del Código Civil dispone que “*los actos que prohíbe la ley son nulos y de ningún valor; salvo en cuanto designe expresamente otro efecto que el de nulidad para el caso de contravención*”. Pues bien, la administración de prestadores (clínicas por ejemplo) le está prohibida a las Isapres, y por tanto si así lo hicieran nos encontraríamos con un acto nulo (artículo 10 del Código Civil) y como se apreciará de este informe, en sentido expreso no existen Isapres que administren directamente clínicas, pero sí es indudable que existe una relación de propiedad al pertenecer varias Isapres y prestadores a un mismo grupo económico controlador y existir situaciones en que una Isapre es socia de un prestador de salud²⁶. *¿Se vulnera la prohibición del artículo 10 del Código Civil?* En sentido expreso y literal no, ya que no es la Isapre la que participa en la administración directamente, pero si representantes directa o indirectamente de los mismos controladores. Cabe considerar que el artículo 11 del

²⁴ Visiones a favor de la integración pero administración separada y transparente en la discusión parlamentaria en Historia de la Ley 20.015 p. 124, 340-341, 491

²⁵ Visiones a favor de la prohibición de integración vertical en Historia de la Ley 20.015 p. 68

²⁶ Ver en este informe punto 3.2 letra E en cuanto Sociedad Médica Dial SA fue constituida por Isapre Colmena Goleen Cross y

Código Civil dispone que un acto no deja de ser nulo, por fraude a la ley, cuando se vulnera el fin expreso o tácito la ley. Según lo expuesto, en esta segunda visión, sería posible traer a colación la “*Teoría del Levantamiento del Velo*”, que en los sistemas continentales como el nuestro se tiende a asimilar con un abuso de la personalidad jurídica, que en este caso podría fundarse en violación de participar en la administración de los prestadores de Salud.²⁷

–Sin perjuicio de las conclusiones que se presenten al final de este informe, y para una mejor comprensión del mismo, el presente estudio analizará la estructura de propiedad de ISAPRE y prestadores principales que operan en el mercado de la Salud privada en nuestro país. Según los registros de la Superintendencia de Salud, actualmente operan 13 Isapres: Banmédica, Cruz Blanca, Consalud, Colmena Golden Cross, FerroSalud, Masvida, Vida Tres, Fundación Fusat, Chuquicamata, Río Blanco, San Lorenzo y Cruz del Norte.

La participación porcentual en el mercado a marzo de 2012 es la siguiente:³¹

ISAPRES ABIERTAS	Cotizantes	% de afiliados del sistema privado
Colmena Golden Cross	248.038	16,07%
Cruz Blanca S.A.	305.241	19,77%
Vida Tres	71.990	4,66%
Ferrosalud	12.541	0,81%
Masvida S.A.	206.974	13,41%
Isapre Banmédica	318.364	20,62%
Consalud S.A.	335.477	21,73%
Total isapres abiertas	1.498.625	97,09%
ISAPRES CERRADAS		
San Lorenzo	1.313	0,09%
Fusat Ltda.	12.979	0,84%
Chuquicamata	12.465	0,81%
Río Blanco	2.163	0,14%
Isapre Fundación	14.876	0,96%
Cruz del Norte	1.171	0,08%
Total isapres cerradas	44.967	2,91%
Total sistema	1.543.592	
Estadísticas básicas sistema a marzo 2012 Superintendencia Salud		

Tabla 1.1

²⁷ *Piercing the corporate veil o disregard of legal entity* cuenta con orígenes en el derecho anglosajón, pero se ha ido acogiendo poco a poco en los sistemas continentales. Véase a FIGUEROA HERNÁNDEZ, Dante, “*Levantamiento del Velo Corporativo Latinoamericano*”, Santiago de Chile, 2012.

³¹ Superintendencia de Salud (2012a).

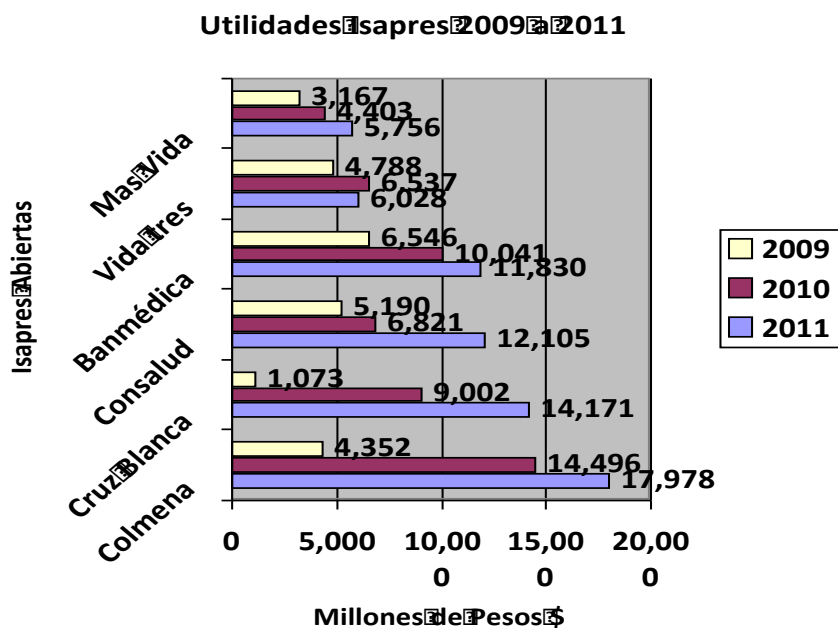


Tabla 1.2³²

Dependiendo de la libertad para acceder o ingresar a ellas, podemos clasificar a estas Instituciones en abiertas o cerradas. Son abiertas aquellas en las cuales cualquier trabajador podría afiliarse,³³ tal es el caso de Banmédica o Cruz Blanca, mientras que en las cerradas su acceso es restringido, ya sea por limitarse a asegurar a trabajadores de un sector determinado o pertenecientes a una empresa en particular como por ejemplo ISAPRE Chuquicamata Ltda., cuyos servicios van dirigidos a trabajadores y colaboradores de la división Codelco Norte. Como señalan Miranda y Paredes “Las ISAPRE cerradas son sociedades privadas que tuvieron su origen en empresa que, previo a la creación del sistema, poseían ya convenios de Salud con sus trabajadores y destinaban recursos para su financiamiento. Cuando se estableció que la cotización para la Salud podía ser destinada a administradoras privadas estas empresa constituyeron las denominadas ISAPRE cerradas a modo de aprovechar la cotización de sus empleados para financiar los beneficios otorgados de Salud. De esta manera, estas entidades se caracterizan por la entrada limitada (el subrayado es nuestro) a las personas que trabajan en la empresa y por un volumen significativo de cotizaciones adicionales que son financiadas por las empresas”.³⁴

³² Elaboración propia en base a los datos disponibles en la Superintendencia de Salud, sección Estadísticas.

³³ Esto es sin perjuicio a que algunas ISAPRE estén enfocadas a cotizantes de diversos estratos sociales.

³⁴ Miranda, Ernesto y Paredes Molina Ricardo (1997) pp. 2 y ss.

Serán de objeto de análisis, atendida su participación actual en el mercado (97,09%) solamente aquéllas que son catalogadas como abiertas o de oferta pública.³⁵

3.2. Oferentes privados de seguro de Salud (denominadas ISAPRE abiertas).

Esquemática de agentes del mercado de la salud privada.

<u>Grupo</u>	Isapre	Centros Hospitalarios	Centro Ambulatorios	Hospitalización Domiciliaria
Banmédica	Banmédica	Santa María	Vidaintegra	Home Medical Clinic
	Vida Tres	Dávila		
		Vespucio		
Cruz Blanca Salud	Cruz Blanca	Clínica Reñaca	Integramédica	Clinical Service
		Antofagasta Clínica San José de Arica		
Red Salud CChc	Consalud	Tabancura	Megasalud	
		Bicentenario		
		Avansalud		
Colmena	Colmena Golden Cross	Centro Médico Dial		Dial Médica Hospitalización Domiciliaria

³⁵ Banmédica, Colmena Golden Cross, ConSalud, Cruz Blanca, FerroSalud, Mas Vida y Vida Tres.

Ferrosalud	Ferrosalud	Clínica Central	Centros Médicos Plusmédica	
Mas Vida	Mas Vida	Clínica Las Lilas		
		Clínica Universitaria Concepción		

Tabl.3

2. a) ISAPRE Banmédica y Vida Tres.

Atendida su vinculación, según se expresará a continuación, se analizarán en conjunto las siguientes instituciones:

2. i. ISAPRE Banmédica S.A.

Esta institución es una sociedad anónima cerrada que se constituyó mediante escritura pública de fecha 25 de enero de 1990, y cuyo extracto fue inscrito a fojas 3115, número 1658, del Registro de Comercio del Conservador de Bienes Raíces de Santiago. Constituye una sociedad filial de Banmédica S.A. y sus accionistas son Banmédica S.A. y Clínica Dávila y Servicios Médicos S.A. con un 99,9999% y 0,0001% de las acciones, respectivamente.

ii. ISAPRE Vida Tres S.A.

Es una sociedad anónima cerrada constituida mediante escritura pública con fecha de 13 de enero de 1986, cuyo extracto fue inscrito a fojas 902 número 451, del Registro de Comercio del Conservador de Bienes Raíces de Santiago. Los accionistas son Banmédica S.A. (99,9999% de las acciones) y Clínica Dávila y Servicios Médicos S.A. (0,0001% de las acciones).

De un primer análisis, es posible colegir que existe una relación directa entre ISAPRE Vida Tres S.A. e ISAPRE Banmédica S.A., ya que ambas son filiales de la sociedad matriz

Banmédica S.A. Desde el punto de vista de la organización jurídica de la mencionada matriz, es una sociedad anónima abierta que fue constituida por escritura pública de fecha 5 de enero de 1988, cuyo extracto fue inscrito a fojas 888 número 409 del Registro de Comercio de Santiago y publicado en el Diario Oficial de fecha 30 de enero de 1988. Se encuentra inscrita en el Registro de Valores de la Superintendencia de Valores y Seguros bajo el N° 0325 con fecha 26 de agosto de 1988 (Banmédica y Vida Tres) cotizando sus acciones en Bolsa, su objeto es inmobiliario e inversiones.

La participación en el mercado de estas dos ISAPRE es del 25,29%, correspondiendo un 20,62% a Banmédica y 4,66% a Vida Tres.³⁶

La sociedad matriz Banmédica S.A. constituye el eje del grupo empresarial³⁷ al cual denominaremos como “Grupo Banmédica”, que también es propietaria de los siguientes prestadores de la Salud: Clínica Santa María, Clínica Dávila, Clínica Vespucio, Clínica Bío-Bío y Clínica Ciudad del Mar.³⁸ En el área de prestadores ambulatorios cuenta con Vidaintegra y en rescate médico domiciliario con HELP S.A.³⁹ A propósito de Vidaintegra, y de acuerdo a la memoria de la empresa, “Vidaintegra es una red de centros médicos y dentales ubicados en las principales comunas de Santiago orientados a resolver integralmente los problemas de Salud ambulatorios de las personas que habitan o trabajan en ellas.”⁴⁰ Vidaintegra S.A. es una sociedad anónima cerrada constituida por escritura pública de fecha 29 de Septiembre de 1997, cuyo extracto fue inscrito a fojas 35.902, número 35.908, del Registro de Comercio del Conservador de Bienes Raíces de Santiago. La sociedad Banmédica S.A. tiene el 99,9999% de las acciones.

Este grupo empresarial además realiza actividades en el ámbito de la hospitalización domiciliaria por medio de Home Medical Clinic, especializándose aún más en los servicios de Salud. Para lo cual se constituye en el año 2001 la sociedad anónima

³⁶ Superintendencia de Salud (2012a)

³⁷ La ley 18.045 de Mercado de valores en su artículo 96 define lo que debe entenderse como grupo empresarial: “ Grupo empresarial es el conjunto de entidades que presentan vínculos de tal naturaleza en su propiedad, administración o responsabilidad crediticia, que hacen presumir que la actuación económica y financiera de sus integrantes está guiada por los intereses comunes del grupo o subordinada a estos, o que existen riesgos financieros comunes en los créditos que se les otorgan o en la adquisición de valores que emiten.”

³⁸ A través de Inversiones Clínica Santa María S.A el grupo empresarial participa en las Clínicas Ciudad del Mar y Bío Bío. Banmédica (2011) pp. 8 y 97.

³⁹ Sociedad anónima cerrada inscrita a fojas 28.718 Número 15.539 del año 1989 del registro de comercio del Conservador de Bienes Raíces de Santiago. Banmédica S.A es propietaria del 99,9999% de las acciones de HELP S.A. *Ibíd.* p. 77

⁴⁰ Para una descripción de las prestaciones cubiertas por el Centro Médico Vidaintegra, *Ibíd.* pp. 79 y ss.

VERSION PRELIMINAR SUJETA A CORRECCIONES FORMALES

cerrada Home Medical S.A., cuyos accionistas son Clínica Santa María S.A. y Saden S.A. con un 99,9999% y 0,0001% de la acciones respectivamente.⁴¹

Volviendo a la sociedad matriz o madre, esto es Banmédica S.A., entre sus accionistas es posible destacar a Inversiones Santa Valeria Ltda., y a Empresa Penta S.A., ambas con un 28,74%, del paquete accionario sumando un total de 57,48%. La sociedad de Inversiones Santa Valeria Ltda., es integrante del grupo formado por la familia Fernández León, que es el Grupo controlador de la sociedad Banmédica S.A., junto al Grupo Penta.⁴²

A continuación se indican los principales accionistas de empresas Banmédica (Banmédica S.A.).

⁴¹ ⁴¹ *Ibíd.* p. 61.

⁴² El grupo controlador de Empresas Banmédica S.A. es el Grupo Fernández-Penta. *Ibíd.* p. 21.

Nómina de los quince mayores Accionistas al 31 de Diciembre de 2011

Nombre o Razón Social	Nº Acciones	%
Inversiones Santa Valeria Ltda..	231.259.323	28,74
Empresa Penta S.A.	231.259.323	28,74
Moneda S.A. A.F.I. Para Pionero Fondo de Inversión	57.514.000	7,14
Las Bardenas Chile S.A.	25.281.466	3,14
Inversiones Green Limitada	14.558.365	1,80
Fondo de Inversión Larraín Vial Beagle	12.963.873	1,61
Inversiones San Andrés Limitada	12.052.268	1,50
Inversiones Itati Limitada	11.601.553	1,44
Gorriti S.A.	11.567.676	1,44
Penta Corredores de Bolsa S.A.	10.225.098	1,27
Inversiones MEGEVE DOS Ltda..	10.115.767	1,26
Banchile Administradora General de Fondos S.A.	9.791.082	1,22
Larraín Vial S.A. Corredora de Bolsa	9.426.188	1,17
Chile Fondo de Inversión Small Cap	6.338.184	0,79
AFP Habitat S.A. para Fdo. Pensión C	5.603.198	0,70
Otros 918 Accionistas	145.124.419	18,04
Totales	804.681.783	100,00

Tabla 2

Realizado un análisis descriptivo del grupo empresarial, es posible identificar la existencia de integración vertical descendente⁴³ ya que la sociedad matriz Banmédica S.A., junto con sus filiales ISAPRE Bánmedica y Vida Tres, asegura la salud y ofrecen, a su vez, las respectivas prestaciones por medio de filiales prestadoras directas, como son la Clínica Santa María, la Clínica Dávila, la Clínica Vespucio, la Clínica Bío Bío y la Clínica Ciudad del Mar. En el área de prestadores ambulatorios cuenta con Vidaintegra S.A., y en rescate con los médicos domiciliarios de HELP S.A.

Finalmente podemos apreciar que este grupo empresarial goza de una cuota en el mercado asegurador superior al 25% (ver tabla de participación porcentual).

En relación con la prohibición contenida en el artículo 173 inciso primero del D.F.L número 1 de 2006, que señala que no podrán ejecutar prestaciones y beneficios ni participar en la administración de prestadores, si bien es cierto que las ISAPRE no realizan en forma directa el servicio de prestación, todo el grupo de empresas, de la cual en este caso son sociedades filiales, ofrece tanto la aseguración como la prestación misma, por lo que formalmente la exigencia se entendería cumda.

2.. *b) ISAPRE Cruz Blanca S.A.*

Esta sociedad se constituye por escritura pública de fecha 28 de noviembre de 1985, cuyo extracto fue inscrito a fojas 19.443, número 10.062, del Registro de Comercio del Conservador de Bienes Raíces de Santiago de 1985. Actualmente es una sociedad filial de Cruz Blanca Salud S.A.

Cruz Blanca Salud S.A. sociedad matriz, se constituyó por escritura pública de fecha 11 de diciembre de 2007, otorgada en la Notaría de Santiago de don Iván Torrealba Acevedo bajo el repertorio número 13.795-07. Un extracto de dicha escritura se inscribió en el Registro de Comercio de Santiago el año 2007, a fojas 53.668 N°37.963, y se publicó en el Diario Oficial de fecha 17 de diciembre de 2007. Esta sociedad cotiza en Bolsa desde el año 2011, inscribiéndose en el Registro de Emisores de la Superintendencia de Valores y Seguros con el N° 1075 el 24 de mayo de 2011.

Como señala el análisis de riesgo de la empresa FitchRatings, "*Cruz Blanca Salud es un holding privado prestador integral de servicios de salud y asegurador (el subrayado es nuestro). El holding participa en el mercado asegurador a través de su ISAPRE Cruz Blanca S.A. y en el negocio de prestadores, a través de la red de centros médicos de Integramédica y clínicas de mediana y alta complejidad (Clínica Reñaca, Antofagasta y San José de Arica). Sus clínicas están ubicadas en provincia, no obstante en la*

⁴³ Es aquella que se contacta más directamente con el consumidor final que en este caso corresponde al paciente. QUAGLIA (2002) p. 54.

*actualidad la compañía estaría ad- portas de la construcción de una clínica de alta complejidad, ubicada en un sector de alta densidad en la Región Metropolitana. Actualmente Cruz Blanca Salud es el principal prestador ambulatorio y tiene la segunda más grande ISAPRE, en términos de Ingresos, del país. Además inició un proceso de internacionalización con inversiones en Perú”.*⁴⁴

Como se verá en el cuadro de accionistas que se presenta más adelante, hay dos importantes accionistas de Cruz Blanca Salud S.A., el primero es el Fondo de Inversión Privado Costanera, actualmente dueño de acciones que representan un 40,64% de la sociedad. El Fondo de Inversión Privado Costanera es un fondo cuyo único aportante es SM Salud S.A., sociedad perteneciente al Grupo Said. El Administrador del fondo es Administradora Costanera S.A., sociedad que es controlada también por el Grupo Said.⁴⁵ El segundo accionista con mayor participación es la Sociedad Inversiones Salud Limitada Uno y compañía en comandita por acciones, que tiene un 14.70% del paquete accionario, cuenta como socio gestor a la sociedad de responsabilidad limitada Inversiones Salud Ltda., que es controlada por el fondo de inversión privado Linzor Capital. Este fondo fue creado por Capital Partners L.P., con representación en Chile de los señores Timothy C. Purcell, Carlos Gustavo Ingham y Alfredo Miguel Irigoien. Conforme a la memoria 2011 de Cruz Blanca Salud S.A., esta sociedad es controlada⁴⁶ por el Grupo Said a través del Fondo de Inversión Privado Costanera. Esto cobra sentido en una fase de estudio de los controladores de los grupos, más que de los accionistas de cada empresa, con el objeto de estudiar la correlación entre los diversos grupos involucrados en el mercado de la salud.

⁴⁴ Disponible en:

http://www.fitchratings.cl/Upload/Cruz%20Blanca_CA_APR.25.2012_T_APR.25.2018.pdf

⁴⁵ Véase Cruz Blanca S.A. (2011), pp. 12 y 13. Es necesario hacer presente la enajenación de acciones y la consecuente salida de la sociedad INVERSIONES SALUD LTDA UNO Y COMPAÑIA EN COMANDITA POR ACCIONES realizada entre los días 22 y 23 de agosto de 2012. Esta enajenación se efectuó en Bolsa y correspondió al 14,70% de las acciones de Cruz Blanca Salud S.A. por lo cual Linzor Capital dejó de tener participación en este grupo.

⁴⁶ El artículo 97 de la ley de mercado de valores conceptualiza al controlador: *“Es controlador de una sociedad toda persona o grupo de personas con acuerdo de actuación conjunta que, directamente o a través de otras personas naturales o jurídicas, participa en su propiedad y tiene poder para realizar alguna de las siguientes actuaciones: a) Asegurar la mayoría de votos en las juntas de accionistas y elegir a la mayoría de los directores tratándose de sociedades anónimas, o asegurar la mayoría de votos en las asambleas o reuniones de sus miembros y designar al administrador o representante legal o a la mayoría de ellos, en otro tipo de sociedades, o b) Influir decisivamente en la administración de la sociedad. Cuando un grupo de personas tiene acuerdo de actuación conjunta para ejercer alguno de los poderes señalados en las letras anteriores, cada una de ellas se denominará miembro del controlador. En las sociedades en comandita por acciones se entenderá que es controlador el socio gestor.”*

VERSION PRELIMINAR SUJETA A CORRECCIONES FORMALES

Nómina de los quince mayores Accionistas al 31 de Diciembre de 2011:⁴⁷

Nombre o Razón Social	Acciones	%
FONDO DE INVERSION PRIVADO COSTANERA	259.118.596	40.64 %
INV S.A.LUS LTDA. UNO Y COMPANIA EN COMANDITA POR ACCIONES	93.737.423	14.70 %
BANCO ITAU POR CUENTA DE INVERSIONISTAS	44.930.185	7.05 %
COMPASS SMALL CAP CHILE FONDO DE INVERSION	26.437.377	4.15 %
CELFIN SMALL CAP CHILE FONDO DE INVERSION(CTA.NUEVA)	25.242.959	3.96 %
FONDO DE INVERSION LARRAIN VIAL BEAGLE	17.711.120	2.78 %
BANCO DE CHILE POR CUENTA DE TERCEROS NO RESIDENTES	16.924.863	2.65 %
CELFIN CAPITAL S A C DE B	14.292.023	2.24 %
BANCHILE C DE B S A	13.070.213	2.05 %
IM TRUST S A C DE B	10.631.613	1.67 %
CHILE FONDO DE INVERSION SMALL CAP	10.371.825	1.63 %
FONDO DE INVERSION SANTANDER SMALL CAP	9.627.144	1.51 %

Tabla 3

Como se señaló anteriormente, existe una vinculación directa de Cruz Blanca Salud S.A. con prestadores de Salud, a saber: un 83,2% de la propiedad Clínica Antofagasta, 80,4% de la Clínica Reñaca, y un 68,9% de la Clínica San José.⁴⁸

Al analizar la relación existente entre Cruz Blanca Salud S.A. y el prestador ambulatorio Integramédica, es posible apreciar lo siguiente: Integramédica S.A. se organiza jurídicamente a través de una sociedad anónima cerrada de la cual Cruz Blanca Salud

⁴⁷ Véase el informe de la Empresa en la Bolsa de Comercio de Santiago. Disponible en <http://www.bolsadesantiago.com/theme/resumenInstrumento.aspx?NEMO=CRUZBLANCA>

⁴⁸ Datos contenidos en informe de mes de abril de 2012 de la Calificadora de Riesgo Humphreys.

tiene el 99,9999% de las acciones. Integramédica S.A. a su vez tiene participación en Integramédica centros médicos S.A., Centro de diagnóstico Dra. Pilar Gazmuri S.A., Exámenes de Laboratorio S.A., Florida Salud Integral S.A., Recaumed S.A y Laboratorios Integrados S.A.⁴⁹ Conforme al hecho esencial comunicado a la Superintendencia de Valores y Seguros con fecha 18 de julio de 2012, Cruz Blanca Salud S.A. a través de sus filiales Servicios de Personal Clínico CBS Uno S.A. y e Inversiones CBS Uno Spa, adquirió el 100% de la sociedad Servicios Clínicos S.A. que opera la marca Clinical Service de servicios de hospitalización domiciliaria. El día 14 de Septiembre, Cruz Blanca S.A. adquirió el 100% de la Sociedad Servicios Clínicos S.A. que opera la marca Clinical Service de servicios de hospitalización domiciliaria.⁵⁰ ""

2.. c) *ISAPRE Consalud S.A.*

Es una sociedad anónima cerrada constituida por escritura pública con fecha 17 de febrero del año 1998, cuyo extracto fue inscrito a fojas 4825, número 3875, del Registro de Comercio del Conservador de Bienes Raíces de Santiago del mismo año.

Cuenta con dos accionistas, la Sociedad de Inversiones y Servicios la Construcción S.A. con un 99,99999% de participación, y la Cámara Chilena de la Construcción A.G. con un 0,00001% de ella.⁵¹ De acuerdo con los datos de la Superintendencia de la Salud, su participación en el mercado de aseguradores de la Salud asciende a un 21,7%, constituyéndose en la ISAPRE con el mayor número de cotizantes en el país.⁵² Las utilidades de esta Institución en el año 2011 ascendieron a la suma de \$12.105 millones de pesos.⁵³

En el año 2008, la Sociedad de Inversiones y Servicios la Construcción⁵⁴ (En el año 2012 se modifica la razón social a Inversiones la Construcción S.A.) y Cámara Chilena de la

⁴⁹ Cruz Blanca S.A. (2011) pp. 72 y 73.

⁵⁰ Véase http://www.svs.gob.cl/documentos/hes/hes_2012070095441.pdf

⁵¹ Sociedad de Inversiones y Servicios la Construcción S.A. es matriz de ISAPRE Consalud S.A. y Empresas Red Salud S.A.

⁵² Superintendencia de Salud (2012a)

⁵³ Cartera del sistema y utilidades de Isapres. Superintendencia de Salud,. **REVISAR**

⁵⁴ Con fecha 12 de julio de 2011, se emitió certificado mediante el cual, Inversiones La Construcción S.A. ha sido inscrita, bajo el Número 1.081, en el Registro de Valores que lleva la Superintendencia de Valores y Seguros. El principal accionista (controlador) de esta sociedad es la Cámara Chilena de la Construcción con un 67,01%, esta participación accionaria es producto de la apertura en Bolsa realizada por Inversiones La Construcción S.A. en el mes de julio de 2012.

Construcción constituyen Empresa Red Salud S.A., sociedad anónima cerrada inscrita en el Registro de Comercio a fojas 20.130 número 13.759 del mismo año, con el objeto de operar en el mercado de prestadores de la Salud. Esta sociedad opera como la matriz del grupo en relación a los prestadores de salud.

Empresa Red Salud S.A. tienen participación en las siguientes clínicas:

a) Región metropolitana: Clínica Avansalud, Clínica Arauco Salud, Clínica, Bicentenario, Clínica Tabancura.⁵⁵

b) Regiones: Clínica Magallanes en Punta Arenas, Clínica Iquique, Clínica Elqui en La Serena, Clínica La Portada en Antofagasta, Clínica Valparaíso, Clínica Curicó, Clínica Lircay en Talca, Hospital Clínico del Sur en Concepción, Clínica Puerto Montt, Centro Médico y Diagnóstico Atacama, Clínica Atacama en Copiapó, Hospital Clínico de la Universidad Mayor en Temuco, Clínica Integral de Rancagua.⁵⁶

Es relevante destacar que por escritura pública de 8 de marzo de 2010 otorgada en la Notaría Pública de Santiago de don Jaime Morandé Orrego, Empresa Red Salud S.A., Servicios Médicos Dial S.A., e Inmobiliaria Clínicas Regionales S.A. constituyeron la sociedad anónima cerrada “Administradora de Clínicas Regionales Dos S.A.”.⁵⁷ Como veremos más adelante, Servicios Médicos Dial S.A. forma parte del grupo que controla a ISAPRE Colmena Golden Cross, existiendo una relación entre los grupos dependientes de ambas ISAPRE. Este acuerdo permite que exista una extensa red de prestadores de Salud que se vinculan, originándose una integración de carácter horizontal.⁵⁸ Se ha señalado que la figura se utiliza para optimizar la curva de costos decrecientes, o para poder participar en la competencia internacional.⁵⁹

Empresa Red Salud S.A. a su vez participa en el mercado de la atención médica

⁵⁵ De acuerdo a la memoria de la empresa, la participación en estas clínicas es de un 99,9%. Red Salud S.A. (2010), p.28.

⁵⁶ La figura jurídica ocupada respecto a estas clínicas es la sociedad coligada dependientes de Administradora de Clínicas Regionales 1 y 2 S.A.

⁵⁷ “En marzo del 2010, Red Salud constituyó una sociedad anónima cerrada, en conjunto con la Sociedad Servicios Médicos Dial S.A., e Inmobiliaria Clínicas Regionales S.A. (unión en partes iguales de la Asociación Chilena de Seguridad y la Mutual de Seguridad de la Cámara Chilena de la Construcción) con el objetivo de desarrollar una red de prestadores en regiones; de esta forma, se posiciona como la red de mayor presencia en el país.” Red Salud S.A. (2010), pp. 25 y 26.

⁵⁸ Como señala Marcelo Quaglia la “integración horizontal se presenta en supuestos de integración de dos o más empresa dedicadas a un mismo o similar tipo de producción que son competidoras en el mismo mercado”, Quaglia (2002) p. 55.

⁵⁹ Quaglia (2002) p. 55.

ambulatoria a través de Megasalud S.A.⁶⁰ y Megasalud Oriente Ltda.⁶¹ Constituyéndose en unos actores principales de este mercado.

Empresa Red Salud S.A. a su vez participa en el mercado de la atención médica ambulatoria a través de Megasalud S.A y Megasalud Oriente Ltda.⁶² Cuenta con una red de 35 centros médicos y dentales, dentro de los cuales 15 están en la Región Metropolitana.⁶³

Como hemos podido analizar, existe una extensa red de clínicas que se vinculan con la ISAPRE Consalud S.A., lo que demuestra una vez más la práctica de integración vertical en el mercado de la Salud, a lo que hay que agregar la integración horizontal que se está configurando con algunos actores de acuerdo con lo afirmado en el párrafo precete.

2.. d) *Isapre Colmena Golden Cross S.A.*

Esta institución forma parte de un grupo económico formado por la familia Trucco.⁶⁴ Su representante legal es Carlos Trucco Brito.

La participación en el mercado de aseguradores de la Salud, según número de cotizantes, es de un 16,07%, y sus utilidades para el año 2011 ascendieron a la suma de \$17.798 millones de pesos.⁶⁵

Desde el punto de vista societario, es una sociedad anónima cerrada, cuyo extracto se encuentra inscrito a fojas 4.045, número 2.239, del Registro de Comercio del Conservador de Bienes Raíces de Santiago del año 1983. Actualmente tiene como a accionista principal a la Sociedad de Inversiones y Servicios Apoquindo Tres S.A., dueña

⁶⁰ Sociedad anónima inscrita a fojas 34.597 número 27716 del año 2000.

⁶¹ Es una sociedad de responsabilidad limitada cuyos socios son Empresa Red Salud S.A y MegaSalud S.A inscrita en el registro de comercio de Santiago a fojas 41.557 número 28.790 del año 2010.

⁶² Megasalud S.A. es una sociedad anónima cerrada inscrita a fojas 34.597 número 27716 del Registro de Comercio del Conservador de Bienes Raíces de Santiago del año 2000. Por su parte Megasalud Oriente Ltda. es una sociedad de responsabilidad limitada cuyos socios son Empresa Red Salud S.A y MegaSalud

⁶³ Memoria 2010 Red Salud S.A. p. 34.

⁶⁴ De acuerdo a la información institucional contenida en la página web de la institución, su representante legal es Carlos Trucco Brito, el presidente del directorio es Rodrigo Trucco Brito y en el directorio se encuentra a Juan Eduardo Trucco Brito. Véase www.colmena.cl.

⁶⁵ Cartera del sistema y utilidades de Isapres. Superintendencia de Salud, cit. (n. 27).

del 99,9999% de las acciones de la Isapre.

En relación a la Sociedad de Inversiones y Servicios Apoquindo, ella se encuentra inscrita a fojas 19618, número 15857, del Registro de Comercio del Conservador de Bienes Raíces de Santiago del año 1998 y sus socios constituyentes son María de la Luz Melo Fuentealba y Felipe Undurraga Sutton.

La Sociedad de Inversiones y Servicios Apoquindo Tres S.A. fue constituida a su vez por la Sociedad de Inversiones T&B Limitada. Esta fue creada originalmente como sociedad anónima y posteriormente se transformó en sociedad de responsabilidad limitada. Se constituyó mediante escritura pública otorgada el 16 de diciembre de 1999, cuyo extracto se inscribió a fojas 571, número 469, en el registro de comercio del año 2000 del Conservador de Bienes Raíces de Santiago. La administración le corresponde a Carlos Antonio Trucco Brito. Se observa una vez más la serie de sociedades constituidas para actuar en el mercado de la Salud.

Isapre Colmena Golden Cross S.A. y DIME S.A.⁶⁶, constituyeron en el año 1998 la Sociedad de Servicios Médicos Dial S.A. Dicha sociedad fue inscrita a fojas 1.453, número 1.075, en el Registro de Comercio del Conservador de Bienes Raíces de Santiago. En relación a su objeto, señalan los estatutos en su letra a), que consiste en “el otorgamiento de prestaciones médicas y beneficios de Salud, sea directamente, o a través de terceros.”. No se ha podido obtener información a la fecha de este estudio respecto a si Isapre Colmena mantiene su participación societaria, particularmente luego que el año 2006 con el DFL 49odos49a prohíba la participación en la administración de prestadores (no en la propiedad de prestadores)

Llama la atención como actualmente el Grupo Colmena se ha ido estructurando para ofrecer los servicios de prestación de salud a nivel regional. Un ejemplo de ello, que se desarrollará más adelante, es el caso de las sociedades Administradora de Clínicas Regionales Uno y Dos S.A. Cabe desde ya señalar que sus accionistas son sociedades relacionadas a este Isapre como a Isapre Consalud.⁶⁷

e) Isapre Ferrosalud S.A.

Originalmente fue concebida como una Isapre cerrada, por cuanto prestaba servicio

⁶⁶ Dime S.A. Sociedad Anónima cerrada inscrita a fojas 5346 número 4420 del año 1994. Dentro de los accionistas constituyentes podemos nombrar: Jorge Aguilo Martínez; Enrique Álvarez Lira; Sergio CereS.A. O'Brien; José Grez; Rafael Julio Díaz-Valdés Zúñiga; Alberto Donoso; René Etchegaray; Nicolás González.

⁶⁷ Véase en el informe el análisis realizado a los centros hospitalarios relacionados con los grupos Colmena y Red Salud CCh.

sólo a trabajadores afiliados a la Empresa Ferrocarriles del Estado, en adelante EFE. La institución se constituyó por escritura pública de fecha 18 de marzo de 1986 otorgada ante Notario Público Mario Baros González, inscrita a fojas 4.751, número 2.478, del Registro de Comercio del Conservador de Bienes Raíces de Santiago y cuyo extracto se publicó en el Diario Oficial del 20 de marzo de 1986. Su existencia fue autorizada por el Fondo Nacional de Salud mediante Resolución Exenta 3/f 1.596 de fecha 22 de mayo de 1986. Desde el año 2009 se encuentra bajo la supervigilancia de la Superintendencia de Salud.

En el año 2008 EFE decide retirarse del mercado de la Salud y realiza licitación pública con el objeto de enajenar la institución. El adjudicatario fue NRG Inversiones S.A., sociedad ligada a los Centros de Salud Plusmédica,⁶⁸. Sin embargo, surge una controversia entre EFE y la Isapre, la cual termina en el año 2009 mediante un contrato de transacción en el cual se acuerda, entre otras cosas, resciliar y dejar sin efecto la cesión de acciones que EFE hiciera a NRG Inversiones S.A. con fecha 1 de agosto de 2008 y proceder a la venta de las acciones que EFE era propietaria a NRG Inversiones S.A. por la suma de \$1.660.000.000 millones de pesos.⁶⁹

De acuerdo a la información entregada por la institución en su Memoria Anual 2011, los accionistas son NRG Inversiones S.A. con un 99,8% y accionistas minoritarios con 0,2 %. Con una participación al año 2012 de un 0,8% en el mercado, se ha trazado como lineamientos "...constituirse en la principal Isapre para los trabajadores de rentas medias y medias bajas de la Región Metropolitana".⁷⁰ Sin embargo, actualmente se está expandiendo poco a poco a regiones, comenzando con la inauguración de una sucursal en la ciudad de Viña del Mar.⁷¹

f) ISAPRE Masvida S.A.

ISAPRE con origen en la ciudad de Concepción, se constituyó en el mes de septiembre del año 1987. Es una sociedad anónima cerrada cuyo extracto fue inscrito a fojas 894, número 582, del Registro de Comercio de 1987 del Conservador de Bienes Raíces de

⁶⁸ Esta es una sociedad anónima cerrada que constituida en el año 2007 y fue inscrita a fojas 16.910 número 12.416 del registro de comercio del Conservador de Bienes Raíces de Santiago. Las sociedades constituyentes se vinculan con Roberto Tamm Wittwer y Andrés Tamm Plesch.

⁶⁹ Esto fue informado a la Superintendencia de Valores por EFE como hecho esencial con fecha 20 de agosto de 2009.

⁷⁰ Memoria Anual año 2011 Isapre Ferrosalud, p. 2. Disponible en <http://www.isapreferrosalud.cl/administración/archivos/memoria2011.pdf>

⁷¹ Primera sucursal fuera de la Región Metropolitana. Sucursal individualizada en www.ferrosalud.cl

Concepción. Sus accionista son Inversiones en Salud Uno S.A.; Inversiones en Salud Dos S.A.; Inversiones en Salud Tres S.A.; Inversiones en Salud Cuatro S.A.; Inversiones en Salud Cinco S.A.; Inversiones en Salud Seis S.A.; Inversiones en Salud Siete S.A. e Inversiones en Salud Ocho S.A. Sus accionistas eran médicos cirujanos.

Esta institución forma parte del grupo conocido en el mercado como Masvida. Este grupo está integrado básicamente por Isapre Masvida S.A., Masvida Inversiones S.A., MV Clinical S.A. y MV Financial Services Group, que administra los fondos de inversión. Actualmente participa con un 13,4% del mercado de Isapres y en el año 2011 sus utilidades alcanzaron a la suma de \$5.756 millones de pesos.⁷⁸

MV Clinical S.A. es la sociedad por la cual se vincula la ISAPRE con las clínicas que forman parte del grupo: Clínica el Loa en Calama; Hospital Clínico Viña del Mar; Clínicas Indisa y Las Lilas, Santiago; Clínica Universitaria, Concepción.; Clínica Los Andes de Puerto Montt; Clínica Magallanes, Punta Arenas. Como se ha señalado anteriormente, es posible destacar de la participación de las sociedades vinculadas a ISAPRE Colmena Golden Cross, y esta institución en Clínica Magallanes de Punta Arenas.

En el año 2010 MV Clínica S.A. junto con Clínica Providencia S.A. y Clínica Las Lilas S.A. han constituido sociedades con el objeto de continuar especializando sus servicios, creando centros de diagnósticos médicos⁷⁹ y laboratorios clínicos.⁸⁰

3.3. Resumen

Luego del análisis descriptivo de la estructura de propiedad del mercado de la Salud, se ha podido constatar un importante nivel de concentración existente en él. Lo cual no constituye novedad, ya que existe al menos un estudio que fue realizado en el año 2001 por la Superintendencia de ISAPRE denominado “Análisis de la concentración en la industria de ISAPRE”⁸¹ en el cual ya se anunciaba este comportamiento.

⁷⁸ Cartera del sistema y utilidades de Isapres. Superintendencia de Salud, cit. (n. 27).

⁷⁹ Con Clínica Las Lilas S.A se creó el Centro médico de diagnóstico S.A. Inscrita a fojas 13.025 número 8794 del registro de comercio del Conservador de Bienes Raíces de Santiago del año 2010.

⁸⁰ Con Clínica Las Lilas S.A

⁸¹ COPETTA, Claudia, *Análisis de la concentración en la industria de ISAPRE*. Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud, 2001. Disponible en

Se han producido fusiones y adquisiciones entre los mismos grupos, lo que ha llevado a la reducción del número de ISAPRE, sin embargo, en el mercado de prestadores se ha podido observar un gran aumento de clínicas, lo cual obedece a la participación conjunta de los grupos empresariales.

Del estudio señalado, es importante destacar dos aspectos. En primer lugar, se describe el rol primario de las ISAPRE, y como a través de los años ha ido variando, el estudio de la Superintendencia señala: *“En un principio, las ISAPRE tenían sólo un rol asegurador, financiando prestaciones de Salud. Las prestaciones demandadas por los beneficiarios en un comienzo, eran otorgadas por clínicas, médicos y laboratorios ajenos a las ISAPRE y con las cuales operaban convenios de atención (instancia conocida como coordinación vertical). Sin embargo, y como una manera de controlar mejor los costos de Salud, las ISAPRE han estado llevando a cabo una serie de operaciones comerciales con empresa del sector, lo que se ha traducido en adquisiciones totales o de gran parte de la propiedad de clínicas, centros médicos, laboratorios, así como el empleo directo de profesionales de la Salud (médicos, enfermeras, tecnólogos médicos, matronas, etc.), en lo que se conoce como proceso de integración vertical.”*⁸² *En la actualidad y de acuerdo a la última información disponible en esta Superintendencia, existen varias ISAPRE que poseen importantes inversiones permanentes en empresa o sociedades relacionadas que estarían evidenciando la presencia de un proceso de integración vertical en el sistema ISAPRE.”*⁸³⁻⁸⁴

Como se aprecia del estudio realizado al año 2012, la concentración del mercado no ha variado, y la integración vertical que anunciaba la Superintendencia de ISAPRE el 2001, al 2012 no ha variado, por el contrario, se ha incrementado. Llama la atención que se advierta la integración vertical y no se relacione con el Artículo 173 del D.F.L N° 1 de 2006, que prohíbe que las ISAPRE participen en la administración de prestadores, afectando el espíritu de la ley, que recoge el informe señalado, en cuanto a cómo fue el comportamiento de las ISAPRE en los primeros años en que se restringieron a su rol asegurador.

http://www.superSalud.gob.cl/documentacion_/569/articles-4059_recurso_1.pdf Se presenta un resumen de la investigación.

⁸² COPETTA, Claudia, cit. (n. 63), pp. 4 y 5.

⁸³ COPETTA, Claudia, cit. (n. 63), p. 5.

⁸⁴ Llama la atención la afirmación del informe de la Superintendencia de ISAPRE de 2001 que no realice un análisis de la situación planteada en relación al Artículo 22 de la Ley 18922 vigente a la fecha del Estudio, idéntico al actual Artículo 173 del D.F.L N° 1 de 2006.

En cuanto a la concentración al año 2001 en la parte conclusiva del estudio de la Superintendencia de ISAPRE, ya mencionado, se señala: *“La industria presenta una concentración significativa, cinco socios controlan 54,9% de la propiedad del mercado, a Saber la Cámara Chilena de la Construcción, Aetna, la familia Fernández León, el grupo Penta y Cigna. De ellos la familia Fernández León y el grupo Penta asociados controlan a través de Vida Tres y Banmédica el 23,9% del mercado siendo la fuerza más importante, luego vendría la Cámara Chilena de la Construcción a través de ISAPRE ConSalud con 20,10% del mismo y finalmente Aetna, que a través de las ISAPRE Cruz Blanca y Aetna Salud controlaría directa o indirectamente cerca de un 20,1% del mercado. Esto hace pensar en que existen riesgos de prácticas monopólicas ya que estos tres conglomerados manejan más de 64% del mercado”*.⁸⁵

Cabe señalar que al año 2012, cinco actores controlan el 96,27% del mercado, considerando unidos a ISAPRE Banmédica y Vida Tres (25,23%), ConSalud (21,73%), Cruz Blanca S.A. (19,77%), Colmena Golden Cross (16,07%) y Mas Vida S.A. (13,41%).

Esta concentración de mercado de ISAPRE unido a la relación a través de redes de Salud con prestadores, en que prestadores importantes están relacionados con socios que a su vez son socios de ISAPRE, constituyen una barrera de entrada importante para nuevos actores, ya que cualquier actor interesado en el mercado de ISAPRE, no podrá incorporarse competitivamente sin vincularse o crear directamente una red de prestadores relacionados.

Vinculado con lo señalado, se ha comenzado a presentar un proceso de integración horizontal⁸⁶ entre prestadores debido a las participaciones en sociedades por las cuales se constituyen las clínicas, los que a su vez están integradas horizontalmente con ISAPRE. La concentración observada, una vez más, tiene como efecto ser una barrera de entrada para nuevos actores, como se ha adelantado ya que si se desea constituir una ISAPRE, hay que pensar en la celebración de convenios con clínicas y laboratorios para que el cotizante tenga una cobertura equivalente y competitiva a la ofrecida por las demás instituciones, y se encontrará que salvo que cree desde un inicio una red propia, deberá suscribir convenios con prestadores vinculados a su competencia. Por tanto, una nueva ISAPRE debería contar no sólo con el patrimonio exigido en la ley, sino con la capacidad de construir clínicas y laboratorios médicos en

⁸⁵ COPETTA, Claudia, cit. (n. 63), p. 4.

⁸⁶ Como señala QUAGLIA Marcelo, *“a través de este tipo de integración, se puede plantear una política de insumos caros y precios finales baratos inalcanzable para la competencia: la empresa vende insumos caros a todos sus clientes, entre los que se encuentra la empresa que integró, que vende a precios finales baratos (compensando la pérdida con la venta cara de insumos). Pero el resto de la empresa no puede acceder a dicha compensación y se encuentra en desventaja competitiva (además, así se eleva la barrera de entrada a nuevos productores)*. QUAGLIA Marcelo, cit. (n. 38), p. 55.

VERSION PRELIMINAR SUJETA A CORRECCIONES FORMALES

el caso los demás agentes del mercado no acepten celebrar convenios.

4. PROPIEDAD DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS Y LABORATORIOS Y SU RELACIÓN CON LAS ISAPRES.

4.1. Marco regulatorio.

Establecido en los siguientes cuerpos normativos:

- Decreto con Fuerza de Ley N° 725 del año 1968 que establece el Código Sanitario.
- Decreto Supremo N°161 del año 1982 del Ministerio de Salud. Reglamento de Hospitales y Clínicas.
- Decreto Supremo N°594 de 1999 del Ministerio de Salud. Reglamento sobre Condiciones Sanitarias y Ambientales Básicas en los Lugares de trabajo.
- Decreto Supremo N°75 de 2001, Ministerio de Vivienda y Urbanismo. Ordenanza General de Urbanismo y Construcciones.
- Decreto Supremo N°58 del año 2008 del Ministerio de Salud. Normas Técnicas Básicas de Autorización Sanitaria de los Establecimientos Asistenciales.
- Decreto Supremo N°6 de 2009 del Ministerio de Salud. Reglamento Sobre Manejo de Residuos de Establecimientos de Salud.

El artículo 129 inciso primero del Código Sanitario prescribe *“La instalación, ampliación, modificación o traslado de establecimientos públicos y particulares de asistencia médica, tales como hospitales, maternidades, clínicas, policlínicas, sanatorios, asilos, casas de reposo, establecimientos de óptica, laboratorios clínicos, institutos de fisioterapia y psicoterapia, será autorizada por el Servicio Nacional de Salud, a quien corresponderá también vigilar su funcionamiento.”* Hoy a quien corresponde autorizar la instalación de los centros hospitalarios, ya sean estos públicos o privados, es a la Secretaría Regional Ministerial de Salud, el acto administrativo de autorización se denomina autorización sanitaria.⁸⁷

El reglamento de Hospitales y Clínicas (DS 161 DE 1982) define qué debe entenderse por aquellos. Artículo tercero.- *“Para los efectos de este reglamento se entenderá por hospital el establecimiento que atienda a pacientes cuyo estado de salud requiere de atención profesional médica y de enfermería continua, organizado en servicios clínicos y unidades de apoyo diagnóstico y terapéutico diferenciados. Se entenderá por clínica el establecimiento que preste dicha atención, sin disponer de servicios clínicos y unidades de apoyo diferenciados.”*

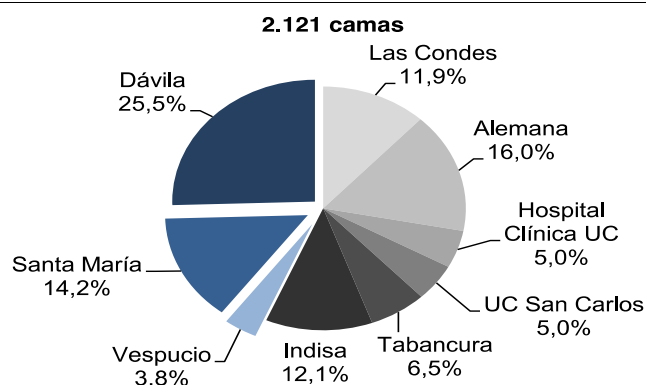
⁸⁷ El reglamento de Hospitales y Clínicas expresamente lo señala en su artículo 4: *“La instalación de los establecimientos sometidos al presente decreto será autorizada por el Secretario Regional Ministerial de Salud en cuyo territorio estén ubicados, al que corresponderá, además, inspeccionar su funcionamiento.”*

4.2. Mapa de Centros Hospitalarios.

De acuerdo al informe elaborado en enero de 2012 por Clínicas de Chile A.G.⁸⁸, al año 2010 existían 83 clínicas privadas en todo el país, representando un 45,1% del total de instituciones no pertenecientes al sistema público de salud. El resto de la oferta privada de prestadores proviene de Instituciones dependientes de las Fuerzas Armadas y de Orden, Mutuales, Centros de Recuperación, Clínicas Psiquiátricas, Conin y Teletón.⁸⁹

En relación a la ubicación de estos prestadores, la mayor concentración se encuentra en las Regiones Metropolitana 38,6%, de Valparaíso 15,7% y Bío Bío con un 12% alcanzando un 66,3% del total nacional.⁹⁰ Por su parte, en relación al número de camas disponibles en el país, sumado el sector público y privado, las clínicas privadas aportan con el 15% equivalente a 6.101 unidades de un total de 39.508 camas.⁹¹

A continuación se muestra un gráfico con los porcentajes de participación de las principales Clínicas Privadas en relación a camas disponible en la Región Metropolitana.⁹²



Datos a diciembre de 2010.
Considera una muestra de 9 clínicas privadas en la Región Metropolitana.

Gráfico 1

⁸⁸ El informe es titulado “*Dimensionamiento del sector de salud privado en Chile*” elaborado por Clínicas de Chile A.G. a enero de 2012 con cifras actualizadas en el año 2010. Disponible en http://www.clinicasdechile.cl/Dimensionamiento_2010.pdf

⁸⁹ Informe Clínicas de Chile A.G., cit. (n. 70), p. 50.

⁹⁰ Informe Clínicas de Chile A.G., cit. (n. 70), p. 51.

⁹¹ Informe Clínicas de Chile A.G., cit. (n. 70), p. 9.

⁹² El gráfico forma parte del prospecto legal por realizado Empresas Banmédica para su emisión de Bonos en el mes de enero abril de 2012. Empresas Banmédica S.A. Prospecto Legal de Emisión en Línea de Bonos, Santiago de Chile, 2012, p. 16.

Corresponde ahora el análisis descriptivo de los centros hospitalarios en los cuales las instituciones previsionales de salud tienen algún tipo de relación jurídica de cool.

2. a) *Centros Hospitalarios relacionados con ISAPRE Banmédica y Vida Tres.*

El grupo empresarial Banmédica cuenta en la Región Metropolitana con las Clínicas Santa María, Dávila y Vespucio que aportan un total de 950 camas.⁹³ En regiones el grupo es controlador de las Clínicas Ciudad del Mar y Clínica Bío Bío. Por su parte, en el ámbito de prestación de servicios ambulatorios, cuenta con los centros médicos Vidaintegra. Además, es necesario destacar que el grupo entrega servicios de hospitalización domiciliaria, operado a través de Home Medical Clinic, y el servicio de rescate de emergencia mediante Hel.A.

2. i. Clínica Santa María.

Clínica Santa María S.A es una sociedad anónima cerrada⁹⁴ que jurídicamente constituye una sociedad filial de Banmédica S.A.,⁹⁵ sociedad matriz del grupo. La participación accionaria de esta sociedad es de un 99,43% siendo la sociedad controladora, el resto de las acciones fueron adquiridas por accionistas minoritarios que en su total asciende al 0,5666%.⁹⁶

ii. Clínica Dávila.

Clínica Dávila y Servicios Médicos S.A. es una sociedad anónima cerrada y a su vez constituye una sociedad filial de Banmédica S.A. Son actualmente accionistas de esta Clínica: Banmédica S.A. con un 99,9912% y Clínica Santa María S.A. con un 0,0088% de las acciones. Se advierte la participación de Clínica Santa María como accionista minoritario y como se ha analizado anteriormente, ella es igualmente una sociedad

⁹³ Véase Memoria Banmédica S.A., cit. (n. 33), pp. 44, 62 y 89.77.

⁹⁴ Escritura Pública de fecha 16 de abril de 1937, otorgada en Santiago en la Notaría de don Javier Echeverría Vial, y Decreto No 1981 del 1 de junio de 1937. Inscrita en el Registro de Comercio del Conservador de Bienes Raíces de Santiago del año 1937.

⁹⁵ Memoria Banmédica S.A., cit. (n. 33), p. 57.

⁹⁶ Memoria Banmédica S.A., cit. (n. 33), p. 57.

filial de Banmédica S.A. Es importante destacar también que Clínica Dávila es dueña del 0,0001% de ISAPRE Banmédica.

iii. Clínica Vespucio.

Clínica Vespucio S.A es una sociedad filial de Inversiones Clínicas Santa María S.A.⁹⁷ Esta sociedad es dueña del 99,9999% de las acciones de la clínica y es su controladora. El 0,0001% restante de las acciones pertenece a Banmédica S.A.

iv. Clínica Bío Bío.

Clínica Bio Bio S.A. es una sociedad anónima cerrada⁹⁸ que al igual que Clínica Vespucio, tiene como accionistas a las sociedades Inversiones Clínicas Santa María S.A. y Banmédica S.A. que son dueñas de un 99,9999% y un 0,0001% de las acciones respectivamente. La sociedad controladora es Inversiones Clínicas Santa María.

v. Clínica Ciudad del Mar.

Clínica Ciudad del Mar es S.A. es una sociedad anónima cerrada que tiene actualmente dos accionistas que participan en ella, a saber: Inversiones Clínicas Santa María con un 99,9999% y Banmédica S.A. 0,0001% de las acciones.

Analizando estos centros hospitalarios, se puede inferir que sus estructuras y accionistas coinciden, lo que lleva a concluir que el control de la sociedad matriz es total, ya que todas las sociedades pertenecen al mismo grupo, no dejando prácticamente lugar para accionista minoritarios que sean ajenos al mismo. A su vez, en las Clínicas Vespucio, Bio Bio y Ciudad del Mar se advierte la presencia de los mismos accionistas, se ha explicado que Banmédica S.A es la matriz del todo el grupo, pero nada se ha dicho de Inversiones Clínicas Santa María S.A.

Inversiones Clínicas Santa María S.A. se constituyó en el año 1999 y desde el punto de vista societario es una sociedad anónima cerrada en la cual Banmédica S.A. es dueña

⁹⁷ Sociedad inscrita a fojas 15.157 número 12.098 del Registro de Comercio del Conservador de Bienes Raíces de Santiago .En Junta Extraordinaria de accionistas se acordó modificar los estatutos cambiando la razón social de Clínica Avansalud Vespucio S.A a Clínica Vespucio S.A. Extracto de acta reducida a escritura pública inscrita a fojas 35.835 número 25.307 del registro de comercio del Conservador de Bienes Raíces de Santiago.

⁹⁸ Sociedad inscrita en el Registro de Comercio del Conservador de Bienes Raíces de Talcahuano

del 99,999% de la acciones.⁹⁹ Esta sociedad es otra de las sociedades filiales de la matriz Banmédica S.A.

vi. Vidaintegra

Los centros médicos Vidaintegra se organizan a través de Vidaintegra S.A. que constituye una sociedad anónima cerrada¹⁰⁰ y que cuenta con dos accionistas, Banmédica S.A. que tiene el 99,9999% de las acciones y Saden S.A. con el 0,0001%.¹⁰¹ En este caso la sociedad constituye una sociedad filial de Banmédica S.A.

vii. Home Medical Clinic

El servicio de hospitalización domiciliaria se radica en la sociedad anónima cerrada Home Medical S.A, que lleva más de 22 años prestando este servicio.¹⁰² Es una sociedad filial de Clínica Santa María S.A que cuenta con un 99,99% de sus acciones, el 0,01% pertenece a la sociedad Saden S.A.¹⁰³ Su vinculación con Banmédica es a través de la sociedad Clínica Santa María S.A.

viii. Help

La sociedad anónima cerrada HELP S.A. presta servicios de rescate médico domiciliario,¹⁰⁴ fue constituida en el año 1989¹⁰⁵ y actualmente tiene estaciones operativas en la regiones Metropolitana, Valparaíso y del Bio Bio. Los accionistas de esta sociedad son por un lado Banmedica S.A. que cuenta con un 99,9999% de las

⁹⁹ Memoria Banmédica S.A., cit. (n. 33), p. 57.

¹⁰⁰ Extracto fue inscrito a fojas 35.902 número 35.908 del registro de comercio del Conservador de Bienes Raíces de Santiago del año 1997.

¹⁰¹ Memoria Banmédica S.A., cit. (n. 33), p. 83.

¹⁰² Memoria Banmédica S.A., cit. (n. 33), p. 59.

¹⁰³ Memoria Banmédica S.A., cit. (n. 33), pp. 62 y 63.

¹⁰⁴ Memoria Banmédica S.A., cit. (n. 33), p. 77.

¹⁰⁵ Escritura publica de fecha 25 de octubre de 1989, otorgada en la Notaría Kamel Saquel Zaror, cuyo extracto fue inscrito a fojas 28.718 número 15.539 del Registro de Comercio del Conservador de Bienes Raíces de Santiago.

acciones y Saden S.A. con un 0,0001%.¹⁰⁶ El controlador es Banmédica de la cual HELP es una sociedad fil.

2.. b) *Centros hospitalarios relacionados con ISAPRE Cruz Blanca*

El grupo empresarial, cuya matriz es la sociedad anónima Cruz Blanca Salud, cuenta con las Clínicas regionales Reñaca, San José de Arica y Antofagasta. En el sector ambulatorio actúa a través de los centros médicos y dentales Integramca.

2.. i. Clínica Reñaca

La Sociedad Clínica Reñaca S.A. es una sociedad anónima cerrada constituida en el año 1985, actualmente su controlador es la sociedad Desarrollo e Inversiones Médicas S.A.¹⁰⁷ que es dueña de un 99,98% de la acciones. Clínica Reñaca S.A. a su vez participa en dos sociedades, Sociedad Médica de Imagenología S.A.¹⁰⁸ y en Centro Médico Clínica Reñaca Limitada.¹⁰⁹

La sociedad controladora de Clínica Reñaca Desarrollos e Inversiones Médicas SA tiene como accionistas principales a Cruz Blanca Salud S.A y Promotora de Salud S.A.¹¹⁰ Esta última a su vez es sociedad filial de Cruz Blanca Salud S.A., por lo anterior puede señalarse que Clínica Reñaca S.A. es controlada íntegramente por el Grupo Cruz Blanca

¹⁰⁶ Memoria Banmédica S.A., cit. (n. 33), p. 77.

¹⁰⁷ Sociedad inscrita a fojas 379 vuelta número 356 en el Registro de Comercio del Conservador de Bienes Raíces de Viña del Mar del año 1989 y publicada en el Diario Oficial de fecha 23 de septiembre de 1989.

¹⁰⁸ Referente a la Sociedad de Imagenología S.A, Clínica Reñaca S.A posee un 80% de las acciones, mientras que el 20% restante está dividido en accionistas minoritarios.

¹⁰⁹ En relación al Centro Médico Clínica Reñaca Limitada, la Sociedad Clínica Reñaca S.A tiene un 0,02% de las acciones, mientras que Desarrollo e Inversiones Médicas S.A 99,98% de ellas.

¹¹⁰ Escritura pública de fecha 12 de septiembre de 1989 ante la notario de Viña del Mar Irma Naranjo Quaglia, inscrita a fojas 360 vuelta número 338 en el Registro de Comercio del Conservador de Bienes Raíces de Viña del Mar del año 1989 y publicada en el Diario Oficial de fecha 20 de septiembre de 1989.

Salud. El porcentaje de participación de la sociedad matriz en esta sociedad es de un 53,15% de las acciones.¹¹¹

ii. Clínica San José de Arica

En la ciudad de Arica observamos que la Corporación Médica de Arica S.A.¹¹² tiene diversas sociedades filiales, a saber: Sociedad Médica San José S.A, Centro de Diagnóstico Avanzado San José S.A., Centro de Imágenes Avanzadas San José S.A. y Laboratorio Clínico San José S.A. La participación accionaria respecto a la Sociedad Médica San José S.A. (Clínica San José) es de un 97,22%. En las restantes es de un 98,00%, 69,99% y 90,00% respectivamente.¹¹³

Pues bien, descrito todo esto, hay que analizar cómo estas sociedades se vinculan con la sociedad matriz del grupo. En efecto, la relación jurídica es a través de Corporación Médica de Arica S.A. en la cual Banmédica S.A. tiene el 68, 97% de las acciones ejerciendo el control respecto a ella. La sociedad Corporación Médica de Arica S.A. es sociedad filial de Banmédica S.A.

iii. Clínica Antofagasta

En Antofagasta el Grupo Banmédica actúa en el mercado de prestadores por intermedio de la sociedad anónima Inversiones Clínicas Pukará.¹¹⁴ Esta sociedad tiene participación en las siguientes sociedades: Centro Médico Antofagasta S.A.; Servicios y Abastecimientos a Clínicas S.A.; Sociedad Médica Quirúrgica Antofagasta S.A.; Sociedad Instituto de Cardiología del Norte S.A.; Inmobiliaria Somequi S.A.; Sociedad de Resonancia Magnética del Norte S.A. e Inmobiliaria Centro Médico Antofagasta S.A.

En la sociedad Centro Médico Antofagasta S.A. o Clínica Antofagasta, Inversiones Clínicas Pukará S.A. es dueña del 99,80% de las acciones. Es importante destacar que Clínica Antofagasta tiene participación societaria en ISAPRE Cruz Blanca, Sociedad de

¹¹¹ Memoria Cruz Blanca Salud S.A., cit. (n. 40), p. 72.

¹¹² Escritura de Constitución otorgada en la Notaría de Arica de Víctor Warner Sarria con fecha 14 de agosto del año 1991, publicado el Extracto en el Diario Oficial de fecha 24 de agosto del año 1991 e inscrito en el registro de Comercio de Arica a fojas 503 vuelta número 271 del año 1991.

¹¹³ Memoria Cruz Blanca Salud S.A., cit. (n. 40), p. 70.

¹¹⁴ Escritura Pública de fecha 2 de enero de 2008, Notaría de Vicente Castillo F., de Antofagasta. Publicación Diario Oficial de fecha 17 de febrero de 1988. Inscripción a fojas 130 vuelta número 54 del Registro de Comercio de Antofagasta de año 1988.

Resonancia Magnética del Norte e Inmobiliaria Centro Médico Antofagasta S.A. Finalmente, respecto a la participación que tiene la sociedad Cruz Blanca Salud S.A en Inversiones Clínicas Pukará S.A., alcanza a un 83,21%.

iv. Integramédica.

El prestador de servicios de salud ambulatorio Integramédica S.A. cuenta con centros médicos ubicados en las ciudades de Santiago, Talcahuano y La Serena. Desde el punto de vista societario, Integramédica S.A. es una sociedad anónima que se encuentra inscrita a fojas 22.967 número 15.727 del Registro de Comercio de del Conservador de Bienes Raíces de Santiago correspondiente al año 2010.

Su principal accionista es Cruz Blanca S.A. que es dueña de un 99,999% de las acciones, ejerciendo el control sobre ella. Esta sociedad para desarrollar su extensa red de atención ambulatoria participa a su vez en las siguientes sociedades: Integra Centros Médicos S.A.; Centro de Diagnóstico Dra. Pilar Gazmuri S.A.; Laboratorio Labatria S.A.; Florida Salud Integral S.A.; Recaumed S.A. y Laboratorios Integrados S.A.

Como se ha podido observar, este grupo empresarial realiza actividades en el ámbito de prestaciones de salud hospitalario y ambulatorio. El servicio de salud hospitalario hasta el momento se ha concentrado en regiones, teniendo sólo participación en la Región Metropolitana a un nivel de prestación ambulaio.

2.. c) *Centros Hospitalarios relacionados con ISAPRE Consalud*

Como ya señalamos precedentemente, la Sociedad de Inversiones y Servicios La Construcción S.A.¹¹⁵ (Invesco S.A.) y Cámara Chilena de la Construcción constituyeron la sociedad Empresas Red Salud S.A.¹¹⁶ Esta sociedad actúa en el mercado de prestaciones de salud hospitalaria través de los siguientes centros: En la Región Metropolitana: Clínica Tabancura, Clínica Avansalud y Clínica Bicentenario. En el resto de las regiones a través de las sociedades Administradora Clínicas Regionales 1 y 2 S.A.: Clínica Magallanes, Clínica Iquique, Clínica Elqui, Clínica Atacama, Clínica La Portada, Clínica Valparaíso, Clínica Curicó, Clínica Lircay, Clínica Puerto Montt, Hospital Clínico del Sur y Clínica Integral.¹¹⁷

En relación a la prestación de servicios de salud ambulatorio cuenta con los centros médicos y dentales Megasd.

2.. i. Clínica Tabancura

Servicios Médicos Tabancura S.A. es una sociedad anónima cerrada cuyos accionistas son Empresas Red Salud S.A dueña de un 99,99% de las acciones e Invesco S.A con 0,01% de las mismas. La Clínica constituye una sociedad filial de la matriz Red Salud S.A.

ii. Clínica Avansalud

Clínica Avansalud S.A. es una sociedad anónima cerrada cuyos accionistas son Empresas Red Salud S.A con un 99,999% e Invesco S.A. con 0,001% de las acciones. La clínica constituye una sociedad filial de Empresas Red Salud.

¹¹⁵ Los principales accionista de esta sociedad: Cámara Chilena de la Construcción con un 86, 65%, Mutua de Seguridad CChC con 7, 19% y la Caja de Compensación de los Andes con 3,39%.

¹¹⁶ Sociedad anónima cerrada inscrita en el registro de comercio a fojas 20.130 número 13.759 del mismo año, con el objeto de operar en el mercado de prestadores de la salud. Esta sociedad opera como la matriz de las sociedades prestadoras del servicio de salud.

¹¹⁷ Memoria Anual de Empresa Red Salud S.A. correspondiente al año 2011, p. 31.

iii. Clínica Bicentenario

Clínica Bicentenario S.A. es una sociedad anónima cerrada cuyos principales accionistas son Empresas Red Salud S.A. con un 99,9% e Invesco S.A. con 0,1% de las acciones. Esta sociedad constituye una sociedad filial de Empresas Red Salud. Como se ha observado, las tres clínicas analizadas tienen a los mismos accionistas, variando únicamente su porcentaje de participación, pero siendo constante el controlador en ellas. Este controlador forma parte de la Cámara Chilena de la Construcción, que a su vez es accionista controlador de ISAPRE Consalud.

iv. Clínica Iquique

Esta sociedad anónima cerrada tiene como principales accionistas a Empresas Red Salud S.A. 52,15%, Mutual de Seguridad de la Cámara Chilena de la Construcción 34,77%, y Empresas Banmédica S.A. con 13,08%.

Es posible identificar, en este caso, accionistas que se encuentran relacionados con Instituciones de Salud Previsional. Es el caso de Red Salud S.A. que se vincula con ISAPRE Consalud, y Banmédica S.A., que es la sociedad matriz de las filiales ISAPRE Banmédica S.A. y Vida Tres S.A.

v. Clínica Magallanes

Clínica Magallanes S.A. es una sociedad anónima cerrada cuyos principales accionistas son Empresas Red Salud S.A. con un 29,52%, Asociación Chilena de Seguridad con 26,04% MV Clínica S.A. 13,25% Sociedad Accordo Médico Ltda 12,89% e Inversiones Dial S.A. con un 12,77%. Se puede constatar que en este caso hay accionistas de sociedades ligadas a tres ISAPRE. A saber: ISAPRE Consalud a través de la sociedad matriz de los prestadores, Empresas Red Salud S.A.;¹²⁰ El grupo Mas Vida por su parte con la sociedad filial del grupo MV Clínica S.A. y Colmena Golden Cross por Inversiones Dial S.A.

Como se ha desprendido del análisis realizado a las Clínicas Iquique y Magallanes debido a que existe en ellas participación accionaria de distintas Instituciones de Salud Previsional, por lo que estaríamos en presencia de integración horizontal en este mercado, lo que podría devenir en planes preferentes respecto de las ISAPRE

¹²⁰Clínica Magallanes es coligada de la sociedad Empresas Red Salud. S.A.

relacionadas y la creación de una estructura que es propensa para la realización de actividades colusivas.

vi. Megasalud S.A. y Megasalud Oriente Ltda.

Los centros médicos y dentales Megasalud está ubicados en las ciudades de Arica, Iquique, Calama, Antofagasta, Quilpué, Viña del Mar, Valparaíso, Santiago, Rancagua, Talca, Chillán, Concepción, Los Ángeles, Temuco, Valdivia, Osorno, Puerto Montt y Punta Arenas.¹²¹ Todos estos centros son producto de las sociedades Megasalud S.A. y Megasalud Oriente Ltda.

Megasalud S.A. es una sociedad anónima cerrada cuyos accionistas son Empresas Red Salud S.A. con un 99,999% e Invesco S.A. con 0,001% de las acciones. La sociedad es una filial de Empresas Red Salud S.A. Por su parte, la sociedad de responsabilidad limitada Megasalud Oriente tiene como a uno de sus socios a empresas Red Salud S.A. En el año 2010 se incorpora al grupo la Clínica Arauco Salud a través de esta socad.

2.. *d) Centros Hospitalarios ligado a ISAPRE Ferrosalud*

Se señaló en su oportunidad que la empresa del Estado Ferrocarriles del Estado era propietaria de la ISAPRE Ferrosalud y luego de realizada la licitación fue adjudicada a NRG Inversiones S.A. que cuenta con participación accionaria en Clínica Central y con el Centro Médico Plusmedica que cubren con sus servicios hospitalarios en la Región Metropolitana.¹²²

e) Centros Hospitalarios ligados a ISAPRE Colmena Golden Cross

La sociedad de Servicio Médicos Dial S.A. opera como la matriz en el área de servicios hospitalarios, ambulatorios y de atención domicilia con que cuenta el grupo empresarial.

Este grupo actualmente tiene el Centro Médico Dial, Centro de Salud Mental Dial, Centro de Salud Mental Golden Cross y Golden Cross Hospitalización Domiciliaria, abarcando con sus servicios a la región metropolitana. En el resto del país cuenta con participación por medio de la sociedades Administradora Clínicas Regionales Uno y

¹²¹ Información disponible en www.megasalud.cl

¹²² Véase el análisis realizado a ISAPRE Ferrosalud S.A

Dos S.A. en las Clínicas Elqui de la Serena; Curicó de la misma ciudad; Valparaíso, Integral de Rancagua; Hospital Clínica del Sur, Concepción; Clínica Puerto Montt, Puerto Montt; y Clínica Magallanes de Punta Arenas.¹²³

f) Centros Hospitalarios ligados a ISAPRE Mas Vida

MV Clínica S.A., sociedad relacionada con ISAPRE Mas Vida S.A., tiene actualmente participación en ocho clínicas a lo largo del país, las cuales son principalmente regionales. En la Región Metropolitana tiene solamente participación en Clínica Las Lilas. Por su parte, en el resto del país nos encontramos con Clínica el Loa en Calama; Hospital Clínico Viña del Mar; Clínica Universitaria, Concepción.; Clínica Los Andes de Puerto Montt; Clínica Magallanes, Punta Ars.

2. i. Clínica Las Lilas.

Esta sociedad anónima cerrada es una filial de MV Clínica S.A., quien es dueña del 99,9% de sus acciones.¹²⁴ Es actualmente la única clínica en la Región Metropolitana, en la cual el grupo tienen participación accionaria, que se encuentra en funcionamiento. En el año 2010 dejó de funcionar Clínica Providencia que también formaba parte del grupo debido a que quedó inhabilitada por el efecto del terremoto de 27 de febrero. Esta clínica cuenta con 91 camas y ofrece servicios de atención ambulatoria y hospitalaria.¹²⁵

ii. Clínica Magallanes de Punta Arenas.

Clínica Magallanes S.A. es una sociedad anónima cerrada cuyos principales accionistas son Empresas Red Salud S.A. con 29,52%, Asociación Chilena de Seguridad, 26,04% MV Clínica S.A. 13,25% Sociedad Accordo Médico Ltda. 12,89% e Inversiones Dial S.A. con un 12,77%.

Como se señaló en su oportunidad, en este caso participan como accionistas sociedades ligadas a las ISAPRE Consalud, Colmena Golden Cross y Mas Vida.

¹²³ Véase Memoria 2011 Empresas Red Salud S.A., cit. (n.105), pp. 31, 72, 76, 80, 84 y 88.

¹²⁴ Véase página 39 del Reporte de Sustentabilidad de año 2010 del grupo Mas Vida.

¹²⁵ Edición Especial de Revista Masvida, Concepción, 2011, p. 64.

4.3. Otros Centros Hospitalarios de importancia.

Se analizarán algunos prestadores del sector de salud privada que no pertenecen a los grupos empresariales asociados a Instituciones de Salud Previsual

2.. a) *Centros Hospitalarios relacionados a dos o más grupos económicos*

Hemos analizado precedentemente a los distintos centros hospitalarios que se vinculan con grupos económicos relacionados a Isapres, sin embargo, ya hemos podido identificar preliminarmente que existen igualmente relaciones entre algunos de estos grupos, lo que se manifiesta principalmente en la participación accionaria de alguna de las sociedades de estos grupos en clínicas regionales. Tal es el caso de Clínica Iquique y Clínica Magallanes de Punta Aas.

2.. i. Clínica Iquique

De acuerdo a la memoria de Red Salud S.A. *“Clínica Iquique S.A. fue fundada en 1991. Presta servicios clínicos, hospitalarios y ambulatorios con un nivel de resolución de mediana a alta complejidad. Lidera a la salud privada en la ciudad, con una participación de mercado aproximada del 70% de los egresos Hospitalarios”*.¹²⁶

Esta sociedad anónima cerrada tiene como principales accionistas a Empresas Red Salud S.A. 52,15%, Mutual de Seguridad de la Cámara Chilena de la Construcción 34,77%, y Empresas Banmédica S.A. con 13,08%.¹²⁷

Es posible identificar, en este caso, accionistas que se encuentran relacionados con Instituciones de Salud Previsual. Es el caso del Grupo Red Salud CCh que se vincula con Isapre Consalud; y El Grupo Banmédica S.A., cuya sociedad Banmédica S.A. es la matriz de las filiales Isapre Banmédica S.A. y Vida Tres S.A.

¹²⁶ Memoria 2011 Empresas Red Salud S.A., cit. (n.105), 56.

¹²⁷ Memoria 2011 Empresas Red Salud S.A., cit. (n.105), p. 54.

ii. Clínica Magallanes

Clínica Magallanes S.A. es una sociedad anónima cerrada cuyos principales accionistas son Empresas Red Salud S.A. con un 29,52%, Asociación Chilena de Seguridad con 26,04% MV Clínica S.A. 13,25% Sociedad Accordo Médico Ltda 12,89% e Inversiones Dial S.A. con un 12,77%. Se puede constatar que en este caso hay accionistas de sociedades ligadas a tres Isapres. A saber: Isapre Consalud a través de la sociedad matriz de los prestadores, Empresas Red Salud S.A.¹²⁸; El grupo Mas Vida por su parte con la sociedad filial del grupo MV Clínica S.A. y Colmena Golden Cross por Inversiones Dial S.A.

Como se ha desprendido del análisis realizado a las Clínicas Iquique y Magallanes debido a que existe en ellas participación accionaria de distintas Instituciones de Salud Previsional, por lo que estaríamos en presencia de integración horizontal en este mercado, lo que podría devenir en planes preferentes respecto de las Isapres relacionadas y la creación de una estructura que es propensa para la realización de actividades colusivas.

III. Administradora Clínicas Regionales Uno y Dos S.A.

La sociedad Administradora Clínica Regionales S.A. fue constituida en el año 2003 y su actividad principal consiste “en la inversión en unidades prestadoras de servicios hospitalarios, clínicos, policlínicos, centros médicos y servicios de salud en general”.¹²⁹ Por su parte, Administradora Clínicas Regionales Dos S.A. fue constituida en el año 2011 y sus actividades son “la inversión en establecimientos e infraestructura Clínica y la prestación de servicios de cualquier naturaleza a establecimientos destinados al funcionamiento de hospitales, clínicas, policlínicos, centros médicos y servicios de salud en general”.¹³⁰

Los accionistas de ambas sociedades son Inmobiliaria Clínicas Regionales, Empresas Red Salud e Inversiones Dial. Los accionistas son sociedades pertenecientes a los Grupos Colmena (Inversiones Dial S.A.) y Red Salud CCh.¹³¹ En efecto, es por medio de estas sociedades por las cuales estos grupos desarrollan su actividad en el mercado de prestadores regionales.

¹²⁸Clínica Magallanes es coligada de la sociedad Empresas Red Salud. S.A.

¹²⁹ Memoria 2011 Empresas Red Salud S.A., cit. (n.105), p. 70.

¹³⁰ Memoria 2011 Empresas Red Salud S.A., cit. (n.105), p. 94.

¹³¹ Memoria 2011 Empresas Red Salud S.A., cit. (n.105), pp. 68 y 92.

Esta red de salud está conformada por la siguientes Clínicas: Clínica Magallanes, Clínica Atacama, Clínica La Portada, Clínica Valparaíso, Clínica Curicó, Clínica Lircay, Clínica Puerto Montt, Hospital Clínico del Sur y Clínica Integral.¹³² Como se ha constatado, se ha producido integración horizontal entre dos competidores en el mercado de prestadores de la salud.

iv. Clínica Las Condes.

Clínica las Condes S.A. es una sociedad anónima abierta¹³³ constituida por escritura pública de fecha 20 de junio de 1979. El extracto de la autorización de existencia y aprobación de los estatutos fue inscrito en el Registro de Comercio del Conservador de Bienes Raíces de Santiago a fojas 12.893, número 7.697 del año 1979.¹³⁴ Esta Clínica cuenta con 257 camas disponibles.¹³⁵

Los principales accionistas según última memoria de Clínica Las Condes eran Inversiones Santa Filomena Limitada con 10,30% de las acciones; Comercial e Inmobiliaria Nacional S.A. con 6,29%; BCI corredores de Bolsa S.A. 5,56% y Cía. de Seguros Vida Corp S.A. con un 5.14%.¹³⁶ Los socios de Inversiones Santa Filomena Limitada son María Luisa Solari Falabella, María Cecilia Karlezi Solari y Sebastián Arispe Karlezi.¹³⁷ Cabe hacer presente que en septiembre de 2012 el Grupo Bethia vinculado a la familia Solari, adquirió un 11,3% de las acciones de la Clínica Las Condes, comprando la participación de Cía de Seguros de Vida Corp SA e Inversiones Atlántico Limitada, según comunicado a la prensa emitido por el propio grupo.

Es posible identificar entre los accionistas minoritarios a diversos fondos de inversión como es el caso de Celfin Small Cap Chile Fondo de Inversión; Compass Small Cap Chile Fondo de Inversión; Fondo de Inversión Larraín Vial Beagle y Chile Fondo de Inversión

¹³² Memoria 2011 Empresas Red Salud S.A., cit. (n.105), p. 31.

¹³³ Inscripción Registro de Valores N°0433 de la Superintendencia de Valores y Seguros.

¹³⁴ Véase al respecto Memoria Anual año 2011 de Clínica Las Condes S.A., p. 12.

¹³⁵ Memoria Clínica Las Condes, cit. (n 125), p. 14.

¹³⁶ Memoria Clínica Las Condes, cit. (n 104), p. 11

¹³⁷ Memoria Clínica Las Condes, cit. (n 104), p. 11.

Small Cap. Cabe señalar que Empresas Banmédica S.A., sociedad matriz ligada a ISAPRE Banmédica y Vida Tres, fue accionista de esta sociedad entre los años 2000 a 2010, Con fecha 27 de abril de 2010 se enajena en la bolsa de comercio de Santiago su participación accionaria que alcanzaba el 10,26%.¹⁴⁰

La matriz cuenta con las siguientes sociedades filiales y Servicios de Salud Integrados S.A.; Sociedad de Prestaciones Médicas Las Condes S.A.; Inmobiliaria CLC S.A.; Seguros CLC S.A. y la coligada Diagnósticos por Imágenes Ltda.¹⁴¹

ii. Clínica Indisa.

Como se señala en su memoria anual "*Clínica Indisa, para el ejercicio directo de su operación, se ha estructurado en base a 5 empresas: Instituto de Diagnóstico S.A., matriz encargada fundamentalmente de la hospitalización y administración del holding; Servicios Integrados de Salud Limitada (Indisa Diagnóstico), encargada del área ambulatoria; una tercera encargada del área de Laboratorio Clínico (Indisa Laboratorio Limitada); una cuarta que proporciona apoyo logístico a las anteriores (Servicios Complementarios de Salud Limitada) y la quinta, de giro inmobiliario (Inmobiliaria San Cristóbal S.A.)*".¹⁴² Clínica Indisa actualmente tiene 331 camas disponibles.¹⁴³

La matriz Instituto de Diagnóstico S.A.¹⁴⁴ es una sociedad anónima abierta inscripción número 110 del Registro de Valores de la Superintendencia de Valores y seguros. Los principales accionistas son los siguientes: Agrícola y Comercial Santa Inés Limitada con

¹⁴⁰ Esto se produjo por remate en bolsa, realizado el 27 de abril de 2010, por lo cual Banmédica S.A. enajenó 839.108 acciones de Clínica Las Condes, las cuales correspondían al 10,26% de la propiedad de dicha compañía. El 28 de abril de 2010 el Gerente General de Clínica Las Condes comunica el hecho esencial a la Superintendencia de Valores y Seguros. Disponible en http://www.svs.cl/documentos/hes/hes_2010040043348.pdf

¹⁴¹ Memoria Clínica Las Condes, cit. (n 104), pp. 30 ss.

¹⁴² Memoria Anual año 2011 Instituto Diagnóstico S.A., pp. 12.

¹⁴³ Memoria Instituto Diagnóstico, cit. (n. 130), p. 13.

¹⁴⁴ De acuerdo a la memoria de la empresa "*Instituto de Diagnóstico S.A. es una sociedad anónima abierta que se constituyó por escritura pública de fecha 9 de noviembre de 1961, ante el Notario de Santiago don Maximiliano Concha Rivas, modificada por escritura pública del 7 de febrero de 1962, ante el Notario don Martín Olmedo Daroch, suplente del titular antes nombrado. Por Decreto Supremo de Hacienda N ° 3.061 del 24 de julio de 1962, publicado en el Diario Oficial del 10 de agosto de 1962 e inscrito en el Registro de Comercio de Santiago a fojas 4.025 N ° 892 del mismo año, se autorizó su existencia y fueron aprobados sus estatutos. La inscripción social rola a fojas 4.023 vuelta, No 1.891, de 1962 del Registro de Comercio de Santiago. Memoria Instituto Diagnóstico, cit. (n. 109), p. 10.*

15,12%, Fondo de Inversión Larraín Vial Beagle 9,80%, IM Trust S.A. Corredores de Bolsa 8,29%, BCI Corredores de Bolsa S.A. 7,52%, El Maderal Inversiones Limitada 7,20%, Inversiones La Caleta S.A. 7,20% y Poduje Abogados Limitada con un 7,20% de las acciones.¹⁴⁵

Por último, la estructura del grupo empresarial comienza con la matriz Instituto de Diagnóstico S.A., las sociedades filiales Servicios Integrados de Salud Ltda.; Servicios Complementarios de Salud Ltda.; Indisa Laboratorio Ltda.; Inmobiliaria San Cristóbal S.A.; y las sociedades coligadas Inmobiliaria Los Robles de la Dehesa S.A.; Servicios Living La Dehesa S.A.; Inmobiliaria Gente Grande S.A. y Laboratorio Achs Arauco Salud S.A.¹⁴⁶

iii. Clínica Alemana de Santiago

Clínica Alemana de Santiago S.A. se organiza jurídicamente por la sociedad anónima cerrada “Clínica Alemana de Santiago S.A.”¹⁴⁷, que forma parte de la Corporación Chileno-Alemana de Beneficencia.¹⁴⁸ (En adelante, Corporación).

La Corporación realiza acciones en las áreas de beneficencia, educación, adulto mayor y salud.¹⁴⁹ En el área de beneficencia “*destaca el interés por los adultos mayores, los niños fisurados, atención dental de los escolares y diferentes cooperaciones con establecimientos como el Hogar de Cristo y la Teletón, entre otros.*”, Por su parte en las áreas de adulto mayor y educación, cuenta con los Hogares Alemanes de Santiago y Valdivia; y el convenio con la Facultad de Medicina de la Universidad del Desarrollo respectivamente.

En el área de Salud, cuenta con la Clínica Alemana de Santiago, Clínica Alemana de Temuco y la Clínica Alemana de Valdivia.

¹⁴⁵ Las sociedades Agrícola y Comercial Santa Inés Limitada., El Maderal Inversiones Ltda., Inversiones La Caleta S.A., Poduje Abogado Limitada, e Inversiones Portapia Ltda. son los controladores de la sociedad. Memoria Instituto Diagnóstico, cit. (n. 109), p. 12.

¹⁴⁶ Memoria Instituto Diagnóstico, cit. (n. 109), p. 26.

¹⁴⁷ El directorio de la Clínica está compuesto por: Rolf Kühnenthal Ressler, Erwin Hoehmann Frerk, Erwin Hoehmann Frerk, Gerardo Köster Grob y Dag von Appen Burose.

¹⁴⁸ La Corporación Chileno-Alemana de Beneficencia es una corporación de derecho privado sin fines de lucro que tiene sus orígenes en el año 1905, entonces denominada como Sociedad de Beneficencia Hospital Alemán. Su directorio está compuesto por los señores: Dirk Leisewitz Timmermann, Gerardo Köster Grob, Erwin Hoehmann Frerk, Andrés Kuhlmann Jahn, Alberto Schilling Redlich, Dag von Appen Burose y Rolf Gremler Zeh. Información disponible en <http://ccab.cl/quienes-somos/>

¹⁴⁹ Información disponible en <http://ccab.cl/quienes-somos/>

En relación a la Clínica Alemana de Santiago, hay dos momentos donde se puede encontrar las raíces de aquella Clínica, primero *“En 1918 la colectividad de habla alemana de la época, inauguró su primer hospital, la entonces Clínica Alemana ubicada en calle Dávila. Luego de largos años de pionera y ejemplificadora actividad médico-asistencial, que llenó de orgullo a la colectividad chileno-alemana, fue vendida a la Caja Bancaria de Pensiones en 1970.”*, el segundo momento fue *“en marzo de 1973, abrió sus puertas la nueva Clínica Alemana ubicada en su actual dirección de Av, Vitacura, en ese entonces en las afueras de la ciudad. Desde aquellos días hasta ahora se ha posicionado como líder del sector privado de salud, manteniendo una actitud permanente de desarrollo en todas las áreas de la medicina y de la atención de la salud.”*¹⁵⁰

Según los datos estadísticos generales de la Clínica, actualmente cuenta con 330 camas.¹⁵¹

Recientemente se ha constituido la sociedad por acciones Clínica Alemana SpA., con el objeto de ser la matriz del área de salud de la Corporación, a esta nueva sociedad se le han traspasado las propiedades de la Clínica Alemana de Santiago S.A., Clínica Alemana de Temuco S.A. y Clínica Alemana de Valdivia S.A. La Corporación es propietaria del 100% de las acciones de Clínica Alemana SpA.¹⁵²

4.4. Fondos de Inversiones y sus relaciones en el mercado de la salud privada.

Como se ha podido observar existen fondos de inversión¹⁵³ que participan como accionistas en diversas sociedades que operan en el mercado de la salud. Por lo que a continuación se realizará un análisis detallando las relaciones descritas anteriorme.¹⁵⁴

¹⁵⁰ <http://portal.alemana.cl/wps/wcm/connect/internet/home/nuestra+clinica/bienvenida/historia>

¹⁵¹ Datos Estadísticos Generales de Clínica Alemana de Santiago. Información disponible en http://www.alemana.cl/indicadores/Datos_Estadisticos_generales.pdf

¹⁵² <http://portal.alemana.cl/wps/wcm/connect/internet/home/blog+de+noticias/ano+2012/08/se+crea+clinica+alemana+spa>

¹⁵³ El artículo 1 inciso primero y segundo de la ley 18.815 que regula los fondos de inversión los define en los siguientes términos: *“Fondo de inversión es un patrimonio integrado por aportes de personas naturales y jurídicas para su inversión en los valores y bienes que esta ley permita, que administra una sociedad anónima por cuenta y riesgo de los aportantes. Los aportes quedarán expresados en cuotas de*

2.. a) *Celfin Small Cap Chile Fondo de Inversión.*¹⁵⁵

Este fondo de inversión es administrado por Celfin Capital S.A. Administradora General de Fondos y entre sus aportantes se encuentran: Las AFPs Provida, Cuprum, Capital y Planvida; Euroamérica Seguros de Vida; Aseguradora Magallanes S.A.; BCI Seguros de Vida S.A. y Renta Nacional de Seguros de Vida S.A.

El fondo tiene una cartera diversificada de inversiones, y en lo que respecta al área de la salud constituye un 20,5% del total de ella. Pues bien, este fondo invierte en Clínica las Condes S.A., Cruz Blanca Salud S.A. y Laboratorios Andrómaco, lo que hace a este fondo participe en los mercados de la salud de aseguramiento, por medio de la matriz a la cual pertenece ISAPRE Cruz Blanca; en prestación y elaboración de medicamos.

2.. b) *Fondo de Inversión Larraín Vidal Beagle.*

Este fondo de inversión es administrado por Larraín Vial Administradora General de Fondos S.A. y entre sus aportantes se encuentran: Las AFPs Provida, Cuprum, Habitat, Capital y Planvida; Las Compañías de Seguros de Vida Euroamérica S.A., Seguros de Vida Cruz del Cruz S.A. y la Compañía de Seguros La Previsión Vida S.A.; Los Corredores de Bolsa Banchile S.A., Celfin Capital y Larraín Vial S.A.; y por último, fondos de inversión privado.¹⁵⁶

La composición de la cartera de este fondo en relación a la salud asciende a un 25%. Este porcentaje se invierte en Cruz Blanca Salud S.A., Clínica las Condes S.A. Instituto de Diagnóstico S.A. que es la matriz de Clínica Indisa, Banmédica S.A. y Laboratorios Andrómaco S¹⁵⁷

participación no rescatables.”

¹⁵⁴ Véase análisis realizado a las Instituciones de Salud Previsional y a los Centros Hospitalarios.

¹⁵⁵ Como se señala en su memoria anual “*Celfin Small Cap Chile es un Fondo de inversión constituido por escritura pública de fecha 19 de Mayo de 1995 otorgada en la Notaría de Santiago de Don Raúl Undurraga Laso. Su existencia fue autorizada por la Superintendencia de Valores y Seguros por Resolución Exenta No 151, de fecha 12 de Julio de 1995.* Memoria Anual 2011 Celfin Small Cap Chile Fondo de Inversión, p. 6.

¹⁵⁶ Memoria Anual 2011 Fondo de Inversión Larraín Vial Beagle, p. 11.

¹⁵⁷ Memoria Larraín Vidal Beagle, cit. (n. 116), p. 18.

2.. *c) Chile Fondo de Inversión Small Cap.*

Este fondo de inversión es administrado por BanChile Administradora General de Fondos S.A y entre sus aportantes se encuentran: Las AFPs Provida, Cuprum, Planvida, Habitat y Capital; Los Corredores de Bolsa Banchile S.A., Santander S.A. Finanzas y Negocios S.A y Tanner S.A.; y en último término por tres fondos de inversión privado.¹⁵⁸

En el área de la salud, este fondo invierte un 14,73% respecto del total de su cartera. Este porcentaje se invierte en Cruz Blanca Salud S.A, Clínica las Condes S.A., Banmédica S.A. y Laboratorios Andrómaco S.A.¹⁵⁹ Como es posible observar, tenemos nuevamente un fondo de inversión que invierte en los mercados de aseguramiento en Cruz Blanca Salud S.A que es la matriz de ISAPRE Cruz Blanca y por medio de la matriz de empresas Banmédica S.A. perteneciente a las ISAPRE Banmedica y Vida Tres; en el mercado de los prestadores de salud al invertir en la matriz de Clínica las Condes; y en el mercado de los medicamentos con inversión en Laboratorios Andrcó.

2.. *d) Compass Small Cap Chile Fondo de Inversión.*

Fondo de inversión administrado por Compass Group Chile S.A. Administradora General de Fondos y entre sus aportantes se encuentran: Las AFPs Provida, Cuprum, Planvital, Habitat y Capital; y La Compañía de Seguros de Vida Consorcio Nacional de Seguros.¹⁶⁰

La cartera de inversiones de este fondo se invierte en Clínica las Condes S.A, Cruz Blanca Salud S.A., Empresas Banmédica S.A. y Laboratorios Andrómaco S.A.¹⁶¹ Este fondo, al igual que los ya analizados, invierte en los mercados de aseguramiento por medio de la matriz Cruz Blanca Salud cuya filial es la ISAPRE Cruz Blanca; en el mercado de los prestadores de salud al invertir en la matriz de Clínica las Condes; y en el mercado de los medicamentos con inversión en Laboratorios Andrómaco.

¹⁵⁸ Son los Fondos de Inversión CChc-A; CCh-B y CCh-C. Véase Memoria Anual 2011 de Chile Fondo de Inversión Small Cap, p. 6.

¹⁵⁹ Memoria Small Cap, cit. (n. 118), pp. 14 y 45.

¹⁶⁰ Memoria Anual 2011 de Compass Small Cap Chile Fondo de Inversión, p. 5.

¹⁶¹ Memoria Compass Small Cap Chile, cit. (n. 120), pp. 14 y 45.

4.5. Resumen

El mapa de centros hospitalarios le asigna cada vez mayor importancia a las clínicas privadas en nuestro país. Constituyendo el mercado de prestadores un nicho para los inversionistas.

En relación a la ubicación de estos prestadores, la mayor concentración se encuentra en las Regiones Metropolitana 38,6%, de Valparaíso 15,7% y Bío Bío con un 12% alcanzando un 66,3% del total nacional. Por su parte, en relación al número de camas disponibles en el país, sumado el sector público y privado, las clínicas privadas aportan con el 15% equivalente a 6.101 unidades de un total de 39.508 camas.

Según lo ya analizado, los prestadores más importantes en su mayoría pertenecen o se relacionan con los Grupos empresariales asociados con ISAPRE. Es demostrativo como a través de los años se ha venido desarrollando una expansión de estos Grupos con el objeto de adquirir participación no sólo en Clínicas localizadas en la Región Metropolitana, sino también a nivel regional, pudiendo configurarse, en algunos casos, la estructura de integración horizontal como es el caso de las Clínicas Iquique y Magallanes.

Finalmente, se ha podido identificar entre los accionistas minoritarios de algunos centros hospitalarios a diversos fondos de inversión como es el caso de Celfin Small Cap Chile Fondo de Inversión; Compass Small Cap Chile Fondo de Inversión; Fondo de Inversión Larraín Vial Beagle y Chile Fondo de Inversión Small Cap. Estos Fondos a su vez invierten en algunas ISAPRE y Laboratorios Farmacéuticos.

PARTE 2. COMPETENCIA EN EL MERCADO DE LA SALUD.

2.. 1. INTRODUCCIÓN

La discusión acerca del rol que puede jugar la competencia en las reformas al área de la salud ha adquirido una importancia creciente en la última década. Junto a la perenne preocupación por el aumento sostenido de los costos en la provisión de salud¹⁶² (producto de la generación de nuevas tecnologías y el envejecimiento de la población), se observa una amplia gama de debatidas reformas institucionales en diversos países que han hecho de la competencia entre proveedores la base de una mejora en la eficiencia y equidad del sistema.¹⁶³⁻¹⁶⁴ Se agrega a lo anterior una tendencia creciente a la concentración, tanto en el ámbito de los seguros privados¹⁶⁵ como en el ámbito de los proveedores,¹⁶⁶ la que se ha visto agravada en algunos casos por la relativa indulgencia de los tribunales frente a las operaciones de concentración entre proveedores de salud.¹⁶⁷

2. EL MERCADO DE LA SALUD

Definimos la ***función de producción de salud*** como la relación entre el nivel de salud alcanzado y los “recursos” (factores de producción) empleados para conseguirlo.¹⁶⁸ A

¹⁶² Borger *et al.* (2006) y Abrantes-Metz (2012).

¹⁶³ Las principales reformas de la última década (y, por lo mismo, las más debatidas en la literatura) son la reforma inglesa que introduce competencia al interior del *National Health Service (NHS)*, la reforma Holandesa (que universaliza el sistema de seguros privados e introduce competencia entre prestadores) y la reforma al sistema Alemán de salud. Véase, OCDE (2012). Más reciente, pero no centrada específicamente en aspectos de competencia, es la reforma al sistema de salud en EE.UU., hecha por el presidente Obama. Al respecto puede verse Superintendencia de Salud (2010^a) y CRS (2011).

¹⁶⁴ Un resumen de la literatura, tanto teórica como empírica, sobre el efecto de la competencia en la calidad de las prestaciones de salud se encuentra en Gaynor & Town (2011), Gaynor (2012) y OCDE (2012).

¹⁶⁵ American Medical Association (2007).

¹⁶⁶ OCDE (2012).

¹⁶⁷ El ejemplo más conspicuo de dicha indulgencia se presentó en EE.UU. durante los 90: la FTC perdió los 8 requerimientos que interpuso en contra de diversas fusiones entre prestadores de salud, tendencia que se vio revertida recién el año 2005 en el caso *FTC v. Evanston Northwestern Healthcare Corp.* Véase, Gaynor (2012b: 351).

¹⁶⁸ González López- Valcárcel, Beatriz, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, AÑO

diferencia de la de otros bienes y servicios, esta función de producción es de naturaleza compleja, multifactorial y multidimensional, aceptándose clásicamente que los resultados de salud de la población están condicionados en los países occidentales por cuatro grandes factores o determinantes:

El primero de ellos es la *biología* o la *herencia*. Con referencia a este aspecto, sobre el que no opera la decisión o elección a nivel de políticas colectivas o conductas individuales, un panel de especialistas mundiales concluyó que entre las principales causas de muerte la genética es responsable por aproximadamente el 27% de los casos (Asenjo, 1993).

El segundo condicionante de nuestra salud es el *ambiente* en que vivimos. Es obvio que hay lugares más saludables que otros. Aunque en general las áreas más pobres son también las más insalubres e incluso ecológicamente adversas, hay factores del deterioro ambiental que afectan casi tanto la salud de los ricos como la de los pobres. Un ejemplo de ello es el deterioro de la capa de ozono que cubre la atmósfera y está directamente relacionada con la incidencia del melanoma o cáncer de piel. Los factores ambientales representan, en promedio, el 19% de los casos de enfermedad (Dever, 1993).

El tercer factor, que está muy relacionado con el anterior, son los *estilos de vida* que incluyen entre otros, nutrición, tabaquismo, sedentarismo, conductas de riesgo, adicciones, prácticas laborales, etc. Posteriores análisis del tema ampliaron la discusión sobre en qué medida se trata de un problema individual y en qué medida es un problema público, valorando la real posibilidad y responsabilidad de los individuos de modificarlos, en tanto sigan inmersos en las circunstancias existenciales que los llevaron a adoptarlos. Epidemiológicamente se ha cuantificado el peso de los estilos de vida, concluyendo que un 43% de la veces la enfermedad y aún yendo más lejos la muerte reconoce como causa mediata a los hábitos nocivos que signaron a la persona a lo largo de la vida.

Por último está el ***sistema sanitario, constituido por los hospitales, seguros médicos, consultorios, médicos, laboratorios, medicamentos, etc.*** El mismo es responsable por el 11% de los casos de enfermedad o muerte, y ello conduce a reflexionar la escasa incidencia que finalmente tienen los recursos formales de los servicios de salud en contraposición al monto de los recursos destinados a tal fin, que en todo Occidente consumen aproximadamente el 90% de los recursos de salud.

Se puede válidamente agregar a nuestra función de producción de salud, componentes menos clásicos pero técnicamente convalidados:

“La salud de la población se ve influida simultáneamente por factores generales tales como la organización social y política, factores demográficos (edad promedio,

distribución por grupo etario), factores genéticos, factores ecológicos (ambiente de trabajo, contaminación ambiental), factores económicos (el nivel general de prosperidad), factores sociales (diferencias entre ingresos,¹⁷⁰ cohesión social, relaciones familiares y sociales, estilos de vida, consumo), consideraciones culturales (valores sociales dominantes, niveles de educación e información)@tc. (...) Aunque los mismos determinantes se aplican a la salud individual, de hecho están ligados a la salud no en base a la causalidad estadística sino por probabilidad estadística”.¹⁷¹

Se entiende ahora, y es importante haberlo mostrado desde el inicio, por qué la función de producción de salud es multifactorial y multidimensional, y cuál es el verdadero peso relativo de los servicios de salud o dicho de otro modo, del mercado de la salud.¹⁷² No debemos olvidar que el efecto de un sistema de cuidados de salud que funciona correctamente tiene un efecto relativo y que es necesario en forma paralela trabajar fuertemente sobre los determinantes de la salud de esa población (comportamientos riesgosos individuales, ambiente, estilos de vida, e invertir en investigación). Se trata de que el sistema público y/o privado mantenga y cuide la salud, además de repararla cuando la misma se ha perdido. Ni siquiera el mejor sistema puede cuidar la salud de una población que desconoce los riesgos de comportamientos poco saludables. La introducción de incentivos fiscales a las empresas y a los comportamientos individuales riesgosos parece ser el camino elegido por el Sistema Nacional de Salud Inglés y otros países anglosajones.

Desde la perspectiva de la demanda, los consumidores buscan mantener o reparar su salud a través de los servicios médicos, estando entonces dispuestos a adquirirlos a veces directamente, o en la mayoría de los casos demandando seguros médicos que les provean esos servicios a través de un pago previo, buscando de esta manera neutralizar el riesgo financiero además del sanitario que saben que les ocasionará un evento de enfermedad.

Es importante realizar una aclaración. Este informe está realizado desde una perspectiva económica de mercado, por lo tanto deberemos hacer abstracción del sistema de salud que pudiera haber en uno u otro país. En un sistema nacional de salud de tipo universal (por ejemplo, el del Reino Unido), la realidad es que las personas tendrán un acceso libre y gratuito a los servicios o bienes de salud que

¹⁷⁰ Esto es el denominado gradiente socioeconómico: aún con niveles de renta suficientes para todos, considerando la pirámide socioeconómica, quienes están en los niveles más altos se enferman menos y viven más tiempo y en mejores condiciones de salud.

¹⁷¹ Haut Comité de la Santé, *Rapport général: la santé en France*. Paris: La Documentation Française, 1994.

¹⁷² Ver Ortún Rubio, Vicente en: *La Economía en Sanidad y Medicina: instrumentos y limitaciones*, Cáp. III, pp 71 a 77, EUGE- Ed. La Llar del Llibre, Barcelona, 1990

demanden y que ese sistema provea. La situación será muy distinta si estamos en un país que considera que la salud es un bien privado, obligación privada de sus ciudadanos, y que éstos deben pagar por lo que demanden. En este último caso, estaremos viendo al mercado de la salud en acción. El Estado en estos casos tiene un comportamiento subsidiario financiando la salud de los sectores que no pueden pagar planes privados (es lo que sucede en Estados Unidos con Medicare y Medicaid, y en el caso de Chile con FONASA).

Antes de que fueran organizados los sistemas de salud, si una persona se enfermaba o tenía un accidente, o simplemente iba a tener un hijo, debía acudir al mercado a buscar los servicios y bienes que requería (consultorio médico, farmacia, a internarse de urgencia, a sacarse una ecografía, o a internarse para el parto) y pagar por ello.

Después de la segunda guerra, con el desarrollo de innovaciones tecnológicas en los servicios de salud (cirugías, procedimientos, dispositivos médicos, prótesis, antibióticos, anestesia, etc.), aumentó la perspectiva de vida pero también los gastos de salud. Posteriormente, durante los años setenta, con el fracaso de los seguros puros que reembolsaban la atención de los pacientes por parte de los prestadores, se dieron las condiciones para los cambios en el funcionamiento de los mercados de seguros de salud.

En general, los planes prepagos que lograron desarrollar sus propios servicios pudieron sobrevivir mejor en un ambiente hostil. Tuvieron capacidad de crear un contexto con limitaciones a la prescripción médica, influyendo en las decisiones cotidianas de sus profesionales. También pudieron proporcionar incentivos para estimular a los médicos a identificarse con las necesidades de la organización y participar en la política de control de costos. Formas organizativas comunes definían la identidad de este tipo de empresas: la financiación y provisión de servicios se integraban en una sola estructura; la cuota mensual preestablecida se destinaba a comprar servicios por adelantado a un particular sistema de atención; se garantizaba atención integral y ésta era proporcionada por un grupo de profesionales que trabajaban coordinadamente, dando contenido sustancial a la expresión *práctica de grupo*.¹⁷³

Se puede mencionar especialmente el caso Henry H. Kaiser que organizó en sus empresas de la Costa Oeste el *Kaiser Health Plan*, que llegaría a ser la más exitosa práctica de grupo entre las que se crearon en las décadas de los 30 y 40 (Bodenheimer y Grumbach, 1995). Luego, en 1947, se implementó otra experiencia exitosa en Nueva York: el *Health Insurance Plan*.

¹⁷³ Expansión y declinación del managed care. Argentina y EEUU. *Susana Belmartino(2011)*

Legisladores republicanos y demócratas trabajaron intensamente para aprobar una ley sancionada en 1973, que adoptó una nueva denominación para estos grupos que se estaban difundiendo: Health Maintenance Organizations (HMOs).

El atractivo de una *estrategia de mantenimiento de la salud*, como se la denominó, residía en que se trataba de un estímulo a la iniciativa privada que no demandaba una nueva burocracia gubernamental ni mayor gasto público.¹⁷⁴

Los servicios de salud que son la transacción principal dentro de este mercado tan anómalo se califican como “credence good” (bien de confianza), son servicios cuya utilidad o necesidad le resulta difícil de evaluar incluso a la propia persona que lo recibe. También puede ser considerado como un “bien inmensurable” es por ello que aparecen terceros pagadores (aseguradoras) que manejan el riesgo colectivo con el objetivo de intentar reducir la asimetría informativa entre el paciente (demanda) y el prestador (oferta).

La presencia de seguros o prepagos modifica tanto la demanda (el precio aparentaría caer a cero para el que consume), como la oferta prestadora y proveedora. A la relación médico-paciente (consumidor), se suma la presencia del financiador con su propio poder e intereses. A lo anterior se suma que la demanda es principalmente condicionada por el médico que trata, decide y prescribe. En definitiva, según la conocida frase que caracteriza a este mercado: “el que decide no consume, el que consume no decide ni paga, y el que paga no decide ni consume”, lo que alude al “tercer pagador”.

En realidad el seguro, que es una respuesta eficiente al problema del riesgo, tiene una contrapartida y es el problema del riesgo moral que está dado por el exceso de consumo que genera tanto si el seguro es público como privado.

Las diferentes formas de pago establecidas por los seguros financiadores (per cápita, módulo, prestación, presupuesto, etc.) se convierten en incentivos agregados que determinan la rentabilidad de los servicios prestados, su modalidad y cantidad.

¹⁷⁴ Las HMO se convirtieron en importantes ejemplos de managed care en la década de los '70, combinando a menudo los principales elementos de la atención médica: financiamiento, instalaciones, hospitales, y profesionales bajo una única estructura de gestión. Aunque el gobierno no pudo alcanzar su objetivo de llegar a 1700 HMO hacia 1976 con una cobertura de 40 millones de beneficiarios, la expansión de esta forma organizativa continuaría en las décadas siguientes. En los años '80, cuando los empleadores comienzan a preocuparse por la escalada de costos de la atención médica, los aseguradores tradicionales reconocen que el seguro por indemnización está en riesgo y los profesionales comienzan a asociarse con planes de salud, el *managed care* se expande en forma significativa. En esa década el enrolamiento en HMO aumentó de 10.2 millones a poco menos de 39 millones de beneficiarios en 1991 (Iglehart, 1992)

Un contrato completo perfectamente redactado podría convertirse en una solución óptima a los problemas de motivación. Especifica que debe hacer cada parte en todas las circunstancias posibles y arregla la distribución de los costos incurridos y de los beneficios realizados en cada contingencia. De esta manera todos tendrían incentivos para atenerse a los términos del contrato.¹⁷⁵

En las transacciones reales, establecer y hacer cumplir un contrato completo y perfecto son acciones cargadas de problemas. La limitada previsión, lenguaje impreciso, costos de evaluar soluciones y los costos de redactar un plan (recordemos la racionalidad limitada) implica que todas las contingencias no puedan ser tenidas en cuenta. Las imprevisiones introducen el comportamiento oportunista, incluyendo el incumplimiento del contrato.

Los contratos se hacen para proteger a las partes, alineando incentivos. Cuando los contratos son imperfectos, como es el caso de los firmados entre los aseguradores y los beneficiarios, también puede ser imperfecta la alineación.

Existe entre el asegurador y el comprador de un plan una relación de agencia, donde el principal (comprador) delega en otra denominada agente (asegurador) un determinado poder de decisión para que le organice el plan de salud que va a mantener y recuperar su salud.

Esta delegación de poder plantea problemas significativos cuando los objetivos, y por tanto las funciones de utilidad del principal y el agente, son diferentes y conflictivos. Existen asimetrías en la distribución de la información favorables al agente y el grado de aversión al riesgo juega un papel relevante: en estas situaciones se abre la posibilidad de un comportamiento oportunista del agente (asegurador), que supone un costo para el principal denominado pérdida residual.

Una nueva regulación de los vínculos debería plantear esquemas básicos para el diseño de un contrato o mecanismo de incentivos que minimice la pérdida residual e induzca al agente a tener un comportamiento deseado por el principal. El problema de la política sanitaria es diseñar un contrato que armonice la función de utilidad de los compradores con la de las aseguradoras.

¹⁷⁵ Las teorías económicas contractuales introducen importantes cambios en el modelo de comportamiento neoclásico de los agentes en particular dos aspectos claves que generan inconvenientes para firmar contratos completos: a) racionalidad limitada: la hipótesis de la capacidad limitada de los individuos para procesar y adquirir información. b) Comportamiento oportunista: la búsqueda de interés propio con engaño, ocultando acciones y revelando distorsionadamente la información.

Desde la perspectiva de la oferta, la respuesta a la demanda de los consumidores se organiza en distintos sub-mercados, que a su vez mantienen importantes interconexiones entre sí, influenciando y modificando su accionar entre unos y otros por distintos mecanismos.

Didácticamente, podemos identificar los siguientes “sub-mercados”, que la mayoría de los autores llaman directamente “mercados de salud” :¹⁷⁶

- | | |
|---|---|
| γ | Mercado de Recursos Humanos en Salud (educación) |
| γ | Mercado de Servicios Ambulatorios |
| γ | Mercado de Servicios de Internación (hospitalización) |
| γ | Mercado de Medicamentos. |

Algunos problemas comunes a estos mercados que caracterizan en general su accionar complejo e imperfecto son:

a) Tanto sobre la oferta como sobre la demanda la tecnología médica opera como un factor exógeno de alta influencia. El alto ritmo innovativo que caracteriza al sector salud opera a nivel de todos los mercados señalados, disminuyendo su grado de competencia y eficiencia al introducir permanentemente nuevos productos, procesos y formas organizativas de los servicios. La necesidad de obtener rentas diferenciales por la introducción de nuevos productos y servicios origina un aumento de precios y costos, a la vez que induce a una mayor demanda para recuperar costos de Investigación & Desarrollo (I&D) y marketing, apareciendo prácticas oligopólicas o monopólicas que aumentan las barreras de entrada y salida al mercado.

b) Tanto los mercados como los actores de los mismos son dinámicos y cambiantes, asumiendo alternativamente roles de oferta o de demanda, ejerciendo entre ellos múltiples y variadas influencias. Las agrupaciones, alianzas, integraciones verticales y horizontales e incluso las cartelizaciones aparecen con frecuencia. El poder de negociación y lobby de los grandes grupos se reflejan en los precios con más fuerza que los costos competitivos de producción.

¹⁷⁶ Ver: 1) Katz JM y Miranda RM, *Mercados de la Salud: morfología, comportamiento y regulación*, Revista de la CEPAL 54, Diciembre de 1994.

2.1 Rol de la competencia en el mercado de la salud

Las características particulares del mercado de la salud generan dudas sobre el rol que podría jugar la competencia para mejorar la eficiencia y equidad del sistema. Cuatro características resultan esenciales:¹⁷⁷

a) “Suficientes” hospitales (Los consumidores deben tener prestadores alternativos a los cuales asistir).¹⁷⁸

b) Incentivos a los hospitales para atraer pacientes. (Los prestadores, incluyendo sus dependientes y directores, deben responder a incentivos financieros).

c) Sensibilidad de la demanda a las diferencias entre hospitales (Los consumidores deben estar interesados en hacer elecciones y deben responder a señales de calidad).

d) “Suficiente” información (Debe existir información en el mercado para permitir tanto a los consumidores como a los proveedores la toma de decisiones informadas).

La efectividad del punto (a) dependerá de un análisis caso a caso, según el área geográfica y el tipo de prestación considerada. El punto (b) cobrará especial relevancia al analizar los problemas que pueden generar los acuerdos entre aseguradoras y prestadores y los métodos de financiamiento que tradicionalmente eran utilizados en el sistema público.

Más relevante en lo inmediato resulta la consideración de © puntos (c) y (d), los que se ven seriamente entorpecidos por la naturaleza de los bienes en cuestión (*credence goods*), la falta de disponibilidad de información, los costos de adquisición de la misma y las dificultades de procesar los datos disponibles (transformarlas en decisiones de consumo responsables).

La paradoja de un sistema que pretende obtener mejoras por la vía de la competencia, a la vez que reconoce importantes carencias de información sobre calidad y precios de las prestaciones, ha sido destacada por Rosenthal y Daniels (2006).¹⁷⁹ Cuando el

¹⁷⁷ Estas son tomadas de Gaynor (2012:337).

¹⁷⁸ Las frases entre paréntesis son las condiciones que señala Cooper (2012:320) para la operación de la competencia en el ámbito de la salud. Cooper usa definiciones levemente distintas a las de Gaynor (2012) y, en algunos casos, más precisas.

¹⁷⁹ Esa es la crítica que los autores hacen al informe de la FTC/DOJ (2004), el que, no obstante proponer medidas para volver a los consumidores más sensibles a la información sobre calidad y precios (mediante el uso de copagos e incentivos financieros), reconoce, a su vez, que dicha información es de

procesamiento y obtención de dicha información muestra diferencias según el nivel de ingresos del sujeto considerado, entonces la competencia puede tener consecuencias distributivas sumamente nocivas.

Todo lo que viene a continuación en este documento puede ser leído como un intento de superar los problemas que generan las asimetrías de información, mediante diversas regulaciones que permitan una efectiva operación de la competencia en el mercado de la salud. En algunas instancias, es la propia competencia la que genera incentivos para la publicación de información relevante y para un uso eficiente de la misma. En otros casos, ciertas limitaciones y regulaciones son necesarias para la operación del mercado: se excluye la competencia en ciertos espacios, para permitir la donde realmente importa y puede generar resultados deseables. Como señala una reciente publicación del OCDE, destacando el carácter instrumental de la competencia:

“Este documento describe...cómo la competencia puede aliviar las constricciones presupuestarias y mejorar los resultados globales [en el ámbito de la salud]. Se trata fundamentalmente de aprovechar los procesos competitivos, encausándolos y constriñéndolos mediante medios regulatorios apropiados para la obtención de mejores resultados [...]

Hay dos maneras distintas en que la competencia puede ser constreñida y canalizada. La primera restricción asegura que el *proceso* competitivo se mantenga y no se vea disminuido. La segunda asegura que la competencia se produzca en relación al conjunto de variables apropiado[...]

Los procesos competitivos pueden ser utilizados para beneficio de la sociedad en muchas áreas si son canalizados y constreñidos por un marco apropiado. La salud y las prestaciones hospitalarias no son la excepción. Distinguir entre la competencia como un proceso *a-priori* neutral y la pregunta por el dominio y los aspectos en que los procesos competitivos pueden ser desplegados fructíferamente para satisfacer consideraciones de interés público es importante al debatir sobre prestaciones de salud. Especificar ciertas características del motor de un auto de carreras, por ejemplo, puede eliminar la competencia entre equipos de corredores en ese aspecto del motor [...] La pregunta por si dichas especificaciones deben introducirse o no, puede, no obstante, ser discutida fructíferamente por referencia a las consecuencias (deseables o indeseables) de dicho cambio en las reglas. Bien puede justificarse, por ejemplo, eliminar la competencia a ese nivel para hacer de la carrera un evento más interesante para los espectadores, toda vez que, de lo contrario, existe el riesgo de que los resultados de la carrera estén determinados no tanto por las habilidades de los conductores sino por la calidad del motor”.¹⁸⁰

difícil comprensión y que el acceso a la misma es costoso o simplemente imposible (la información no existe).

¹⁸⁰ OCDE (2012:337-338).

En último término, este documento intentará mostrar que la introducción de reformas competitivas en ciertos espacios del mercado de la salud puede generar mayor calidad, menores costos y una ampliación en la cobertura (acceso) al sistema. Como perentoriamente lo declara la OECD en otro de sus documentos, “no existe *trade-off* entre la obtención de resultados de salud más igualitarios al interior de un país y la elevación del nivel general de salud de la población. De hecho, los países con las menores desigualdades en salud tienden a gozar de altos niveles salud”.¹⁸¹

2.. a) *Competencia dependiente de los precios.*

En consonancia con lo anterior, debemos preguntarnos primero por los aspectos del mercado de la salud en base a los cuales debe producirse la competencia. Las variables más importantes son el precio de las prestaciones y su calidad,¹⁸² por lo que la literatura y la evidencia se divide en dos corrientes: competencia con precios regulados y competencia con precios determinados por mercado.

2.. i. Competencia con precios regulados

Lo primero que es importante destacar es que la existencia de “precios regulados” no implica una eliminación de incentivos monetarios, ni, por ende, una supresión de la competencia. Los prestadores aún pueden percibir utilidades, sólo que éstas no estarán relacionadas con cobros más altos de precios, sino con la atención de un mayor número de pacientes y la provisión de tratamientos eficientes en términos de costos (implementar tecnologías que disminuyan los costos de un tratamiento determinado, la supresión de prestaciones superfluas, etc.)

La teoría económica y la evidencia empírica han tendido a mostrar una importante relación entre aumentos en la competencia y una mejora en la calidad de las prestaciones cuándo existen precios regulados:¹⁸³ si los actores no pueden competir por precios, lo harán en dimensiones de “calidad”, la que mejorará como estrategia

¹⁸¹ OECD (2010): 5.

¹⁸² No obstante “calidad” normalmente se divide en “diferenciación horizontal” (variedad de productos) y “diferenciación vertical” (calidad de productos), la mayoría de los estudios engloban explícitamente bajo el concepto de “calidad” ambos aspectos.

¹⁸³ OCDE (2012:35).

para atraer un porcentaje mayor de la demanda de mercado.¹⁸⁴ Un aumento en el volumen de casos implicará un aumento de las utilidades del hospital.

El estudio empírico clásico en la materia es el de Kessler y McClellann (2000), quienes, utilizando datos de Medicare (sistema que paga conforme a precios regulados), han mostrado que existe una baja en la mortalidad asociada a infartos al corazón en mercados con menor concentración entre prestadores de salud (medido como un menor HHI). Kessler y Geppert (2005), sobre la misma base, corroboraron el estudio anterior y mostraron, además, una baja en los reingresos. Gracias a los datos entregados por la reforma inglesa al sistema de salud, que introdujo competencia al interior del NHS, la relación entre competencia y calidad ha podido ser corroborada en varias ocasiones: Gaynor *et al.* (2010), Propper *et al.* (2010), Cooper *et al.* (2011) y Gaynor *et al.* (2012) han mostrado que una mayor competencia al interior del sistema de salud (medido como un menor HHI, un incremento en la elasticidad de la demanda o un aumento en el número de hospitales), se encuentra asociado a menores índices de mortalidad por ataques al corazón y cirugías de emergencia.¹⁸⁵

Bajo estos supuestos, el punto crítico siempre será el nivel al que se fijen los precios. Si el precio se fija sobre el costo marginal, entonces atraer pacientes será rentable para los hospitales y competirán por ellos. Esto implicará un aumento en la calidad, en la medida que la demanda de los consumidores sea sensible a dicha variable.¹⁸⁶ Dos consecuencias deben destacarse.

Primero, si el precio se fija bajo el costo marginal, los hospitales tenderán a reducir la calidad de sus servicios o, si ello resulta imposible, a intentar seleccionar pacientes, intentando atender solo a los que son menos riesgosos/costosos de tratar.¹⁸⁷

En segundo lugar, si la calidad de los hospitales no es fácilmente observable, estos tenderán a invertir en aspectos de calidad que sean más notorios para los consumidores (ej. hotelería), pero que no necesariamente se encuentran vinculados a mejores resultados.¹⁸⁸ Por ello, todos los aspectos de calidad que pretendan ser reforzados por la vía de la competencia tienen que poder ser notados por los agentes que son determinantes en las decisiones de consumo.

¹⁸⁴ Gaynor (2012)

¹⁸⁵ Gaynor (2012:341) ha señalado que aunque estos resultados no son los idénticos para cada estudio, si lo son para la mayoría de los estudios y para los más importantes.

¹⁸⁶ *Ídem.*

¹⁸⁷ *Ídem.*

¹⁸⁸ Véase Gaynor y Haas-Wilson (1999:159) y OCDE (2012:30).

ii. Competencia con precios determinados por el mercado

Cuando los precios no se encuentran regulados, el impacto de la competencia en la calidad de las prestaciones es más ambiguo.¹⁸⁹ No obstante Gaynor (2012) si ha mostrado que dos importantes conclusiones son claras.

En primer lugar, una disminución en la competencia se encuentra fuertemente asociada con un aumento en los precios, sin que ello esté correlacionado con mejoras en la calidad. Este resultado ha sido también ratificado por la FTC en su estudio retrospectivo sobre efectos de las fusiones entre prestadores de salud,¹⁹⁰ lo que obliga a jueces y agencias encargadas de velar por la libre competencia a adoptar una actitud mucho menos permisiva frente a las fusiones de prestadores privados de salud.¹⁹¹

Por otro lado, Gaynor (2012) ha señalado que en la medida que la demanda se vuelve más elástica frente a la calidad y menos elástica frente a la variable precio, la competencia tendrá un impacto positivo en la calidad de las prestaciones.¹⁹² La existencia de seguros que cubren parte importante del costo de la salud, haciendo a los consumidores más insensibles frente al precio, y la existencia de datos claros sobre calidad pueden potenciar aspectos valiosos de la competencia en el ámbito la salud.

2. b) *Beneficios de la elección del prestador*

Una de las variables cruciales para el funcionamiento de la competencia en el ámbito de la salud es que los consumidores se encuentren interesados en ampliar su rango de elección de prestadores. Es precisamente esta disposición la que puede ser observada en el estudio sobre opinión y satisfacción de usuarios de la Superintendencia de Salud, en que se muestra la fuerte valoración que tanto los beneficiarios de FONASA como los afiliados a ISAPRE ponen en la posibilidad de libre elección.¹⁹³

Otra prueba del valor que los consumidores ponen sobre la libre elección es el hecho de que, como veremos más abajo, un porcentaje importante de los beneficiarios de

¹⁸⁹ Para un resumen de la literatura empírica al respecto, véase Gaynor (2011:70 y ss.)

¹⁹⁰ Farrel *et al.* (2009)

¹⁹¹ Estos resultados podrían explicar el cambio de criterio de la Corte Suprema de los EE.UU. que comentamos *supra*, p. 4.

¹⁹² Gaynor (2012:339)

¹⁹³ Superintendencia de Salud (2012:9).

FONASA hace uso de la MLE, llegando a representar una demanda importante al interior del mercado de prestadores privados de salud. Así, existe espacio para aumentar la competencia en nuestro sistema y que los efectos de la competencia mejoren el bienestar de los consumidores.

2.2. Contexto de la salud (indicadores económicos)

La importancia de un primer análisis global del mercado de la salud, y la posibilidad de obtener eficiencias por la vía de la competencia se hace patente al revisar diversos indicadores que muestran la evolución y el estado actual del sector. Para empezar, debe atenderse a la evolución que ha tenido el gasto en salud en los años que van desde el 2000 al 2010.

EVOLUCIÓN DEL GASTO DE SALUD TOTAL EN CHILE

AÑO	PIB (1). MMS	Gto. Público (2). MMS c/caño	Gasto Público / PIB %	Gto. Privado (3). MMS c/caño	Gasto Privado / PIB %	GASTO Salud Total MMS c/caño	Gasto Salud TOTAL / PIB %
2000	40.679.937	1.564.224	3,8%	1.849.187	4,5%	3.413.411	8,4%
2001	43.657.602	1.741.755	4,0%	2.043.631	4,7%	3.785.386	8,7%
2002	46.484.933	1.791.411	3,9%	2.207.272	4,7%	3.998.683	8,6%
2003	51.156.415	1.912.123	3,7%	1.961.355	3,8%	3.873.478	7,6%
2004	58.303.211	2.131.176	3,7%	2.129.813	3,7%	4.260.989	7,3%
2005	66.192.596	2.349.401	3,5%	2.239.079	3,4%	4.588.480	6,9%
2006	77.830.577	2.675.902	3,4%	2.387.980	3,1%	5.063.882	6,5%
2007	85.849.774	3.039.685	3,5%	2.655.010	3,1%	5.694.695	6,6%
2008	89.262.568	3.500.383	3,9%	3.022.645	3,4%	6.523.028	7,3%
2009	91.591.252	4.087.049	4,5%	3.288.587	3,6%	7.375.636	8,1%
2010	103.806.380	4.554.093	4,4%	3.495.806	3,4%	8.049.899	7,8%

(1) Considera PIB en millones de pesos corrientes serie anual Banco Central.

(2) Comprende además del aporte Fiscal Interinstitucional, aporte de cotizaciones Seguridad Social.

(3) Corresponde al gasto realizado directamente por las personas al financiamiento de su salud.




FUENTE: Planificación Institucional - Subdepartamento de Estudios

Fuente: Clínicas de Chile A.G. (2012).

Tabla 4

A primera vista, estos datos parecen encontrarse dentro de los parámetros normales dada la tendencia internacional, e incluso pueden considerarse positivos. No obstante el gasto público en salud se ha casi triplicado y el gasto privado se ha más que duplicado, el porcentaje que dicho gasto representa en el PIB ha disminuido en comparación con el año 2000 (aunque se ha incrementado de manera importante desde el año 2007). Más aún, si comparamos a Chile con otros países del OCDE, nuestro gasto en salud como proporción del PIB aún tiene margen para crecer.

Gasto en Salud Per Cápita (US\$ PPP) y Gasto en Salud / PIB Total

EE.UU	7.164	15,2%
Suiza	4.815	10,7%
Alemania	3.922	10,5%
Canadá	3.867	9,8%
Francia	3.851	11,2%
España	2.941	9,0%
Japón	2.817	8,3%
 Chile	1.088	7,8%
Argentina	1.062	7,4%
México	837	5,9%
 Colombia	517	5,9%
 Perú	381	4,5%

El gasto en salud per cápita promedio en el mundo es de aproximadamente US\$ 1.100 PPP.

Fuente: Estadísticas Sanitarias Mundiales 2011.

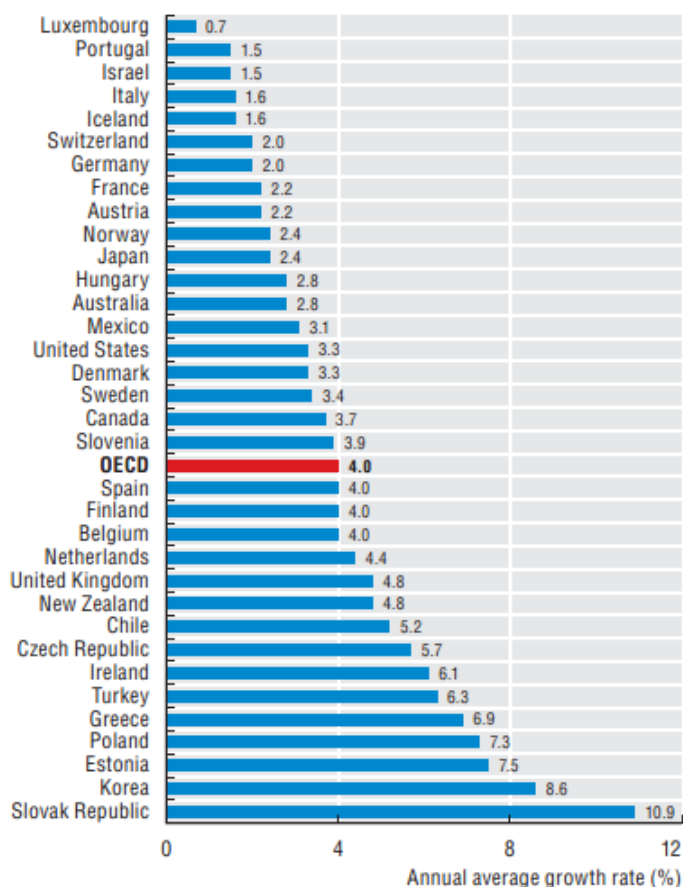
Fuente: Banmédica S.A. (2012).

Gráfico 2

Lo anterior no implica, empero, que el gasto nacional en salud sea comparativamente bajo. Chile es el país de América del Sur con mayor gasto en salud per cápita (dado que superó a Argentina recientemente) y su gasto en salud como porcentaje del PIB es superior al promedio de los países de la región (6,86%).¹⁹⁴ La tasa de crecimiento anual del gasto *per cápita* es superior al promedio del OCDE.

¹⁹⁴ Clínicas de Chile A.G. (2012:38)

Annual average growth rate in health expenditure per capita in real terms, 2000-09 (or nearest year)



OCDE (2011)

Gráfico 3

El potencial de crecimiento del gasto de salud en Chile ha sido promovido por los *holdings* controladores de las principales ISAPRE como uno de los aspectos atractivos para la inversión en este mercado. Un gasto en salud *per cápita* 7 veces más alto en los EE.UU. (comparado con el gasto en Chile), sumado a un envejecimiento progresivo de la población son las variables que se consideran para la construcción de dichos pronósticos.¹⁹⁵

La verdadera preocupación, no obstante, aparece cuando las variables recién mencionadas son analizadas desde la perspectiva de los consumidores, así, por ejemplo, cuando el gasto privado es desagregado, separando el gasto de bolsillo de la cotización voluntaria:

¹⁹⁵ Banmédica S.A. (2012: 11-12) e ILC (2012:18).

GASTO DE SALUD PRIVADO, AÑOS 2000-2010

Año	Gasto de Bolsillo MM\$ c/año	% Part.	Cotización Voluntaria MM\$ c/año	% Part.
2000	1.664.677	48,8	184.510	5,4
2001	1.830.060	48,3	213.571	5,6
2002	1.976.504	49,4	230.768	5,8
2003	1.692.663	43,7	268.693	6,9
2004	1.828.086	42,9	301.728	7,1
2005	1.910.562	41,6	328.517	7,2
2006	2.034.981	40,2	352.999	7,0
2007	2.270.751	39,9	384.259	6,7
2008	2.579.339	39,5	443.306	6,8
2009	2.816.509	38,2	472.078	6,4
2010	3.075.486	38,2	420.320	5,2

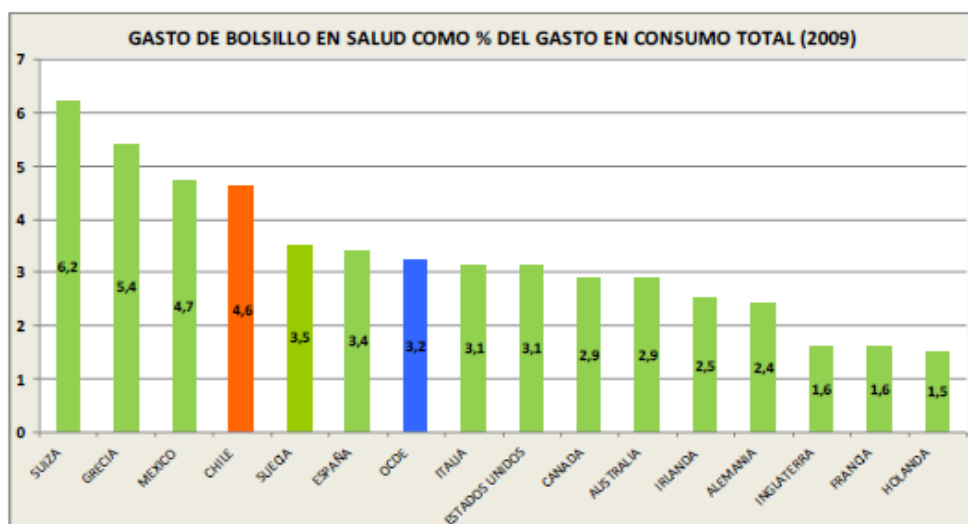
FUENTE: Boletín Estadístico FONASA.

Fuente: Clínicas de Chile A.G. (2012).

Tabla 5

***Las participaciones están calculadas considerando que, para el año 2010, el gasto privado representa un 43% del gasto total en salud.**

En el ítem “gasto de bolsillo” se incluye el financiamiento de copagos por prestaciones de salud y fármacos que no tienen ningún tipo de financiamiento previsional, correspondiendo dicho gasto a un 88% del total del gasto privado de salud.¹⁹⁶ La cifra es aún más alarmante si se consideran dos estudios adicionales. En primer lugar, conforme a las estadísticas de la OCDE, Chile es uno de los países en que el gasto de bolsillo representa el porcentaje más alto en relación al gasto total en salud:



FUENTE: Health at a Glance 2011 – OCDE

Gráfico 4

¹⁹⁶ Clínicas de Chile A.G. (2012).

Ahora bien, si dicho gasto de bolsillo se descompone según el tipo de prestación y se distribuye su impacto según el estrato socioeconómico al que pertenece la familia cuyo gasto se considera, tendremos una tabla como la siguiente:

Estructura del GASTO DE BOLSILLO, por quintil de hogares, según producto, Gran Santiago. EPF Noviembre 2006 - Octubre 2007

RESUMEN						
PRODUCTOS	TOTAL	I	II	III	IV	V
Medicamentos e Insumos	34%	37%	40%	32%	33%	34%
Aparatos y Equipos Auxiliares	8%	10%	10%	9%	9%	7%
Servicios profesionales de salud	41%	30%	36%	36%	43%	43%
Atención Hospitalaria	16%	23%	13%	23%	14%	15%
Seguros de Salud	1%	0%	0%	0%	0%	1%

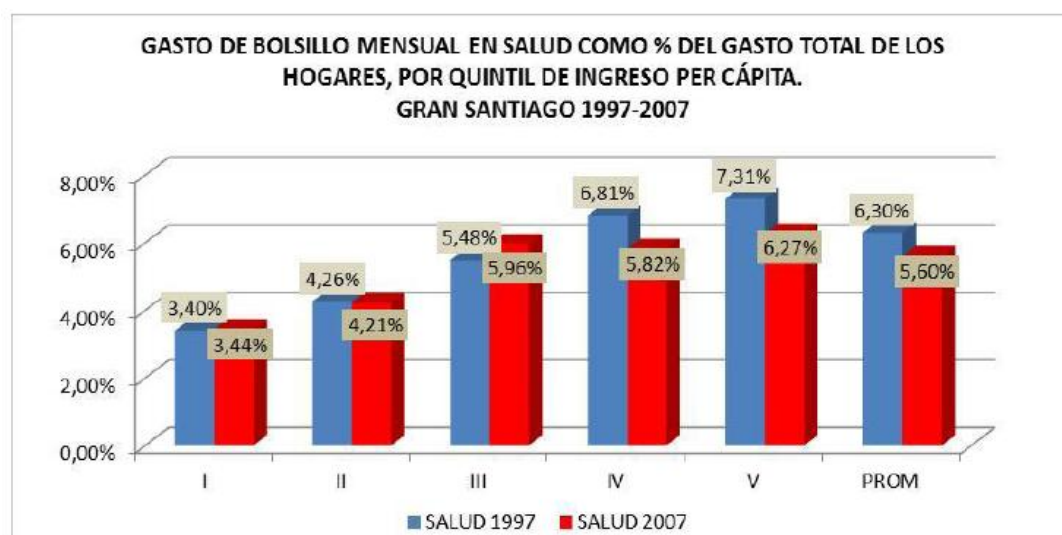
Fuente: Última Encuesta de Presupuestos Familiares - EPF 2007.

Fuente: Clínicas de Chile A.G. (2012).

Tabla 6

Estos datos muestran que, contrario a lo que normalmente se cree, los medicamentos no representan el gasto más importante en salud que realizan los hogares, sino que lo representan los servicios profesionales de salud. Cabe subrayar que, aunque dicha proporción cambia para los dos quintiles de más bajos ingresos (en que los medicamentos representan un gasto mayor que los servicios profesionales), estas dos variables siguen siendo bastante cercanas, pudiendo deberse la diferencia a un menor acceso a servicios profesionales por parte de dichos segmentos de la población.

Si adicionalmente observamos la evolución del gasto en salud a través del tiempo, veremos que las consideraciones distributivas se vuelven aún más relevantes:



Fuente: Elaborado con datos INE 2008.

Fuente: Clínicas de Chile A.G. (2012).

Gráfico 5

Aparece claramente del gráfico recién mostrado que no obstante el gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total de los hogares ha disminuido en el tiempo, un análisis separado por quintiles revela otra realidad: el gasto en salud sólo ha disminuido significativamente para los dos quintiles de mayores ingresos, ha aumentado para el tercer quintil y se ha mantenido relativamente constante para los dos quintiles de menores ingresos.

Para explicar el elevado gasto privado en salud, puede ser interesante subrayar que, conforme a un estudio internacional de la International Federation of Health Plans (IFPH), Chile se sitúa entre los países más caros del mundo en el ámbito de la salud privada.¹⁹⁷ Esta cifra es especialmente elevada para algunas prestaciones bastante recurrentes y que presentan, además, altos niveles de copago:

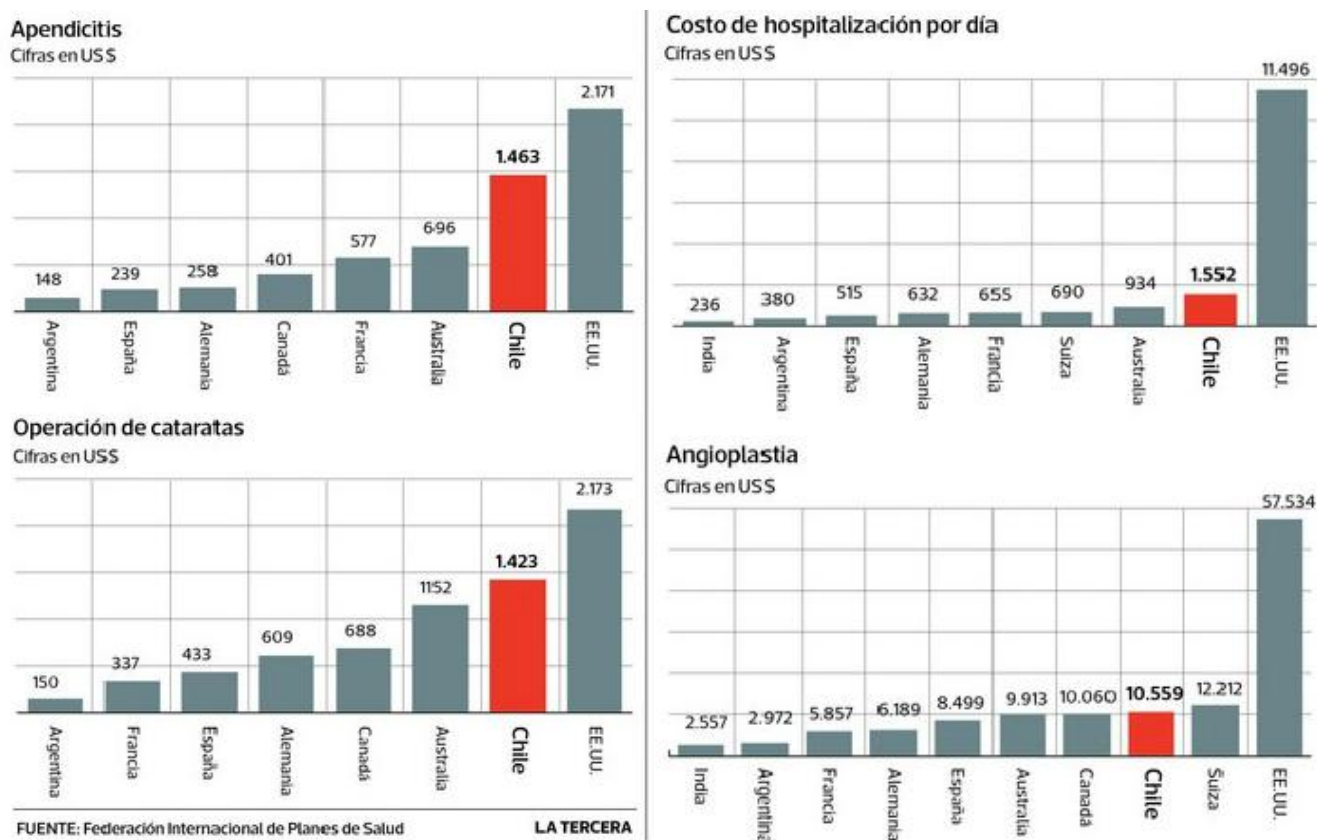


Gráfico 6

Como puede observarse, Chile ocupa la segunda posición en términos de costos para prestaciones tan comunes y recurrentes como apendicitis y el tercer lugar para angioplastia, así como el segundo lugar en materia de costos de hospitalización por día. Cabe destacar que el copago para estas prestaciones aumenta sustantivamente para beneficiarios del sistema público que se acogen a la Modalidad de Libre Elección

¹⁹⁷ IFPH (2011). Un resumen de dicho estudio puede consultarse en el Diario “La Tercera”, 08/03/2012, página 8.

(MLE), toda vez que las prestaciones “día cama” y “derecho de quirófano, pabellón o sala de procedimiento”, son una excepción a la obligación que tienen los prestadores privados de respetar el arancel fijado por FONASA al atender a sus beneficiarios en la MLE.¹⁹⁸

La tendencia no se agota en las prestaciones aquí señaladas: en el estudio, Chile ocupa el 3er o 4to lugar en todas las prestaciones analizadas vinculadas a Imagenología (Resonancia Magnética, Angiografía, etc.).¹⁹⁹

Otro dato relevante a considerar, desde la perspectiva de los costos de la salud, es el alza en el precio de los planes de ISAPRE.²⁰⁰ Si esto se correlaciona con las altísimas rentabilidades obtenidas por las ISAPRE en el mismo periodo²⁰¹ y una clara tendencia hacia la concentración en el mercado,²⁰² parece evidente que dichos aumentos de precio requieren de alguna justificación adicional.

En suma, aunque el gasto en el mercado de la salud como porcentaje del PIB no ha aumentado en los últimos años, ni se encuentra dentro de los más altos del OCDE, las características del mercado chileno permiten presumir importantes falencias que afectarían especialmente a los usuarios del sistema: una exagerada participación del gasto de bolsillo en el gasto privado de la salud, correlacionada con prestaciones a precios superiores a los de la mayoría de los países del OCDE y altas rentabilidades de las empresas de seguros y proveedores, dan fundamento sólido a la realización de un estudio sobre este mercado. Este documento pretende establecer un primer marco desde el cual analizar las eficiencias e ineficiencias de la estructura de este mercado y las conductas de sus actores, identificando las causas de los problemas y sus posibles soluciones.

2.3 Mercados de salud en Chile

En la salud privada de Chile se pueden observar dos mercados claramente diferenciados y profundamente interrelacionados:

¹⁹⁸ Para un mayor análisis de este punto, véase *infra*, p. 63.

¹⁹⁹ Para más detalles, véase, IFHP (2011).

²⁰⁰ Conforme a un reportaje del diario “La Segunda”, hecho con datos de la Superintendencia de Salud, los afiliados a ISAPRE podrían pagar hasta un 38% más de lo que pagaban hace 6 años (dependiendo de la ISAPRE a la que se encuentren afiliados).

²⁰¹ Una discusión más detallada sobre las rentabilidades obtenidas por las ISAPRE se encuentra desarrollada *infra*, pp. 72 y ss.

²⁰² Véase *infra*, pp. 13 y ss.

VERSION PRELIMINAR SUJETA A CORRECCIONES FORMALES

- a) el mercado de seguros de salud y
- b) el mercado de provisión de asistencia sanitaria.

La información e incentivos que conforman el vínculo contractual entre los agentes de los dos mercados mencionados: aseguradoras (ISAPRE) y usuarios en el primero y aseguradora (ISAPRE) y proveedores en el segundo, son el objeto de análisis de este trabajo.

PARTE 3. MERCADO DE ASEGURAMIENTO DE LA SALUD.

El papel decisivo del paciente en el mercado de la asistencia sanitaria no se corresponde con el papel que tiene como consumidor en un mercado de bienes de consumo. Hay distintos motivos que lo justifican y que repasaremos más adelante: bien de confianza, existencia de seguro, profesionalismo médico, contratos incompletos y racionalidad limitada en la elección

En diversos estudios de opinión realizado²⁰³ se establece que la variable más importante para elegir un plan de salud de ISAPRE es la relación entre su precio y las coberturas que genera en los prestadores, mientras que en segundo lugar de importancia se encuentra la facilidad de acceso del plan a los prestadores (clínicas) libremente elegidos por los usuarios.

La libertad de elección del prestador en grupos sociales de altos ingresos, es un factor clave para juzgar el sistema de salud. Como ya se mencionó, estamos analizando un servicio que es considerado por los economistas como un bien de confianza cuyas características más importantes son:

- la calidad de este tipo de bienes no se puede establecer con seguridad y
- Los proveedores son los “expertos” que determinan la calidad y la necesidad del paciente consumidor.

La aparición de un asegurador (que intermedia en esa relación) cambia la naturaleza del bien salud: desde un bien de confianza hasta un bien de búsqueda o inspección, que son aquellos donde el consumidor aprende sus características mediante su utilización o compra periódica.

Los usuarios no pueden saber hasta qué punto es necesaria la atención de su salud ni tampoco tienen capacidad para evaluar el desempeño del médico o la clínica que los atiende. Esto incluye incapacidad para autoderivarse y es el fundamento más relevante de la existencia y presencia de instancias de medicina familiar o médicos de cabecera que actúen no como freno de la utilización sino como guía del paciente en un entorno asimétrico.²⁰⁵⁻²⁰⁶

²⁰³ Véase Criteria Research (2008).

²⁰⁵ La definición oficial de la American Academy of Family Physicians de la medicina familiar es la siguiente: “Se trata de la especialidad médica que proporciona atención sanitaria continua e integral al individuo y a la familia. Es la especialidad que integra las ciencias biológicas, clínicas y de

Los estudios de variación de la práctica clínica han ido dejando al descubierto que más recursos no significan más salud y que mayor complejidad no es igual a calidad. En salud más no es mejor.²⁰⁷

1. MORFOLOGÍA Y CARACTERÍSTICAS DEL MERCADO ASEGURADOR

El mercado del aseguramiento en Chile se clasifica de acuerdo a quien lo provee en: público y privado. El mercado del aseguramiento público es realizado por Fonasa y el privado por las ISAPRE. En los sistemas de salud mixtos donde la población se encuentra cubierta por diferentes esquemas de planes públicos y privados los contratos de seguros de salud están sometidos a los problemas de riesgo moral.²⁰⁸

Por su importancia, deben destacarse los problemas de racionalidad que produce la distancia entre el tiempo de adquisición y el tiempo de uso del seguro de salud. Normalmente el consumidor comprará un seguro de salud cuando se encuentre sano, por lo que dará menos importancia a las particularidades del contrato (en aspectos de cobertura, calidad de prestadores, etc.) que la que daría en caso de saber con certeza que se enfermará en un tiempo determinado. Una vez enfermo, muchos pacientes se encuentran con coberturas menores a la esperada o con dificultades para asistir al prestador de su preferencia²⁰⁹. En términos formales, el problema puede ser descrito como la necesidad de hacer una elección cuando sus beneficios o perjuicios probables son desconocidos²¹⁰. Lo anterior ha llevado a definir el mercado relevante en base a un criterio de “option demand” (OD)²¹¹.

La selección adversa y la selección de riesgo constituyen también comportamientos oportunistas de una y otra parte que se deben intentar contrarrestar con regulación e

comportamiento. El ámbito de la medicina familiar abarca todas las edades, ambos sexos, cada uno de los sistemas orgánicos y todas las enfermedades.

²⁰⁶ Por esta razón por la cual analizaremos someramente la evolución del mercado de médicos en nuestro país, destacando desde ya la escasez de médicos generalistas.

²⁰⁷ La incertidumbre en el valor de las distintas opciones terapéuticas es lo que va determinar diferentes formas de práctica clínica y a esto es a lo que se denomina variabilidad en la práctica clínica. The Dartmouth Atlas of medicare. Elliot Fisher. www.darthmouthatlas.com

²⁰⁸ tendencia de los asegurados a disminuir sus esfuerzos para evitar las pérdidas aseguradas.

²⁰⁹ OFT (2012).

²¹⁰ OCDE (2012:44).

²¹¹ Véase Oxera (2011).

incentivos. La primera es el ocultamiento por parte de los beneficiarios de enfermedades preexistentes que deben ser declaradas obligatoriamente so pena de no ser cubierta por el contrato y que obliga a pensar en estos casos de sistemas de salud parciales; en la necesidad de construir esquemas universales para enfermedades catastróficas.

La segunda es la selección de riesgo que se expresa a través del rechazo directo o bien cuotas diferenciales para los asociados considerando su edad, sexo, riesgo sanitario, etc., lo que fomenta la construcción de “planes a medida” que cuentan con un bajísimo número de afiliados.

Los contratos como ya fue dicho anteriormente, tienen a las ISAPRE en una posición de fuerza, con información respecto de la transacción principal. Es la ISAPRE quien contrata al prestador, selecciona en base a la calidad del mismo, deriva al paciente, y tiene información específica sobre cada uno de los planes y afiliados.²¹²

Una gran cantidad de planes se convierte en una estrategia utilizada para escapar a la comparación, la regulación y la competencia. Cuando se hacen planes a medida, donde no hay uno igual a otro, se hace difícil comparar una cobertura con otra y se construye un nicho de mercado.²¹³ Esto constituye una típica estrategia de diferenciación de producto donde se busca encontrar un nicho de negocio donde no se compita con otros aseguradores. Si los planes pueden ser a la medida del usuario aumenta la segmentación.

Como veremos luego, las ISAPRE (comprador colectivo) de bienes y servicios de salud, que tiene información epidemiológica y capacidad de monitoreo en base a instrumentos de control de los prestadores prefieren superar la asimetría informativa con el prestador aliándose mediante integración vertical u otros mecanismos y “abandonando” al asociado (paciente) ante el prestador que terminará imponiendo sus condiciones y precio final.²¹⁴ La ausencia de modalidades de planes, que permitiría estandarizar y hacer comparable los planes en materia de cobertura, calidad, costos y copagos es otro mecanismo que enturbia la “elección” de planes por parte de los asociados.

²¹² Trataremos más adelante la integración vertical entre los aseguradores y prestadores pero vale la pena aclarar en este caso que dado que se desconoce los términos de los acuerdos y vínculos de trabajo e integración entre los aseguradores y las clínicas y otros prestadores.

²¹³ De acuerdo algunas informaciones recibidas existen un 25% de planes que tienen un solo beneficiario.

²¹⁴ Consideremos la situación de debilidad en la cual se encuentra un paciente o un familiar del paciente de tener que negociar precios y condiciones finales en el momento en el cual esta siendo atendido o se ha recuperado de una enfermedad.

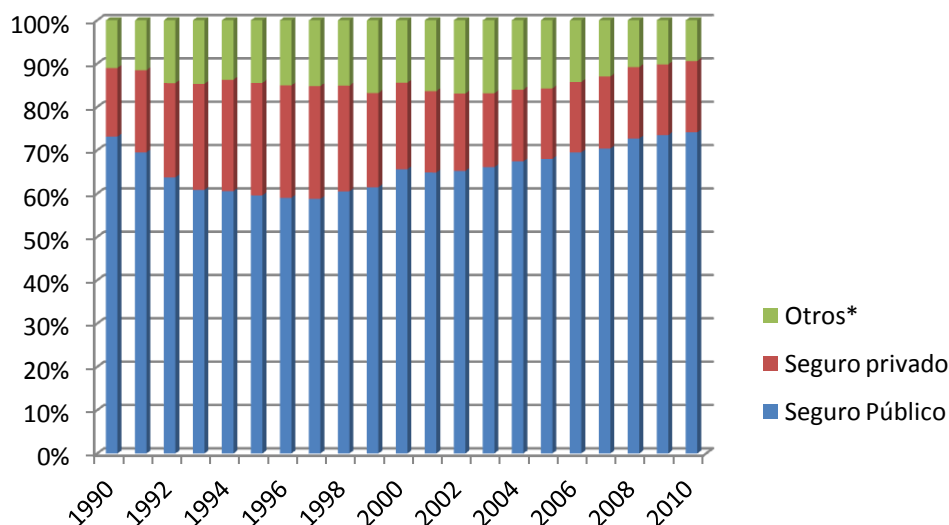
A continuación se presentan algunos datos relevantes de los actores de este mercado: Consumidores, ISAPRE y Fonasa

2. CONSUMIDORES

Para poder acceder a un seguro de salud los trabajadores dependientes están obligados a pagar un 7% de su sueldo como cotización obligatoria, la cual puede ser en Fonasa o ISAPRE, dependiendo de las características y preferencias del individuo. Para el caso de los trabajadores independientes, se aprobó y publicó el 1° de Enero de este año, la ley que los obliga a cotizar este 7% de su renta imponible, el cual entra en vigencia a contar del día 1° de Enero del cuarto año siguiente, contado desde la fecha de publicación de la presente ley. Otros grupos de la población como los adultos mayores con menores ingresos, o indigentes reciben ayudas del Estado. Un ejemplo de esto es la ley 20.531, publicada el 31 de Agosto del 2011. En su primera etapa que comenzó a regir el 1° de Noviembre del año pasado, los jubilados beneficiarios de la pensión básica solidaria o aporte previsional solidario del Estado, quedaron eximidos del pago del 7%. Su segunda etapa comenzará el 1° de Diciembre de este año, la cual rebaja la cotización a un 5% a todos aquellos pensionados de la AFP que no pertenecen al grupo anterior, pero que se encuentran dentro del 80% de la población más vulnerable.

En el periodo 2003-2010, el porcentaje de población beneficiaria de un seguro de salud privado se ha mantenido relativamente constante entre un 16% y 17%, mientras que se observa un incremento en la participación del seguro público. De esta forma el año 2010 los beneficiarios del sector público corresponden a un 70% de la población (Gráfico 7).

Porcentaje de beneficiarios por tipo de seguro



* Otros Considera a personas particulares y F.F.A.A. no aseguradas en los Seguros Público y Privados antes indicado
Fuente: Fonasa

Gráfico 7

Al revisar las cifras de los cotizantes de seguros de salud, se observa que en el periodo 2003-2010, los cotizantes de Fonasa superan el 70% de los asegurados, con una tendencia ascendente, mientras que los asegurados de ISAPRE si bien se mantienen por sobre el 20%, presentan una tendencia descendente.

Figura 2

Porcentaje de Cotizantes según Tipo de Sistema

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
FONASA	75,5%	76,3%	77,6%	77,5%	77,2%	77,3%	78,1%	78,2%
ISAPRE	24,5%	23,7%	22,4%	22,5%	22,8%	22,7%	21,9%	21,8%

Fuente: Elaboración propia en base a información de Fonasa y Superintendencia de Salud.

3. ISAPRE

Como se dijo anteriormente, existen dos tipos de ISAPRE: abiertas y cerradas. Al revisar la evolución desde el año 1990, se puede visualizar que el número de cotizantes y beneficiarios de las ISAPRE abierta han aumentado, mientras que las ISAPRE cerradas han enfrentado una reducción en ambas categorías (tablas 6 y 7).

Cotizantes sector privado

ISAPRE	1990		2011	
	N°	%	N°	%
Abiertas	798.687	93%	1.480.300	97%
Cerradas	64.575	7%	44.999	3%
Total	863.262	100%	1.525.299	100%

Fuente: Elaboración propia en base a información de Fonasa y Superintendencia de Salud.

Tabla 6

Beneficiarios sector privado

ISAPRE	1990		2011	
	N°	%	N°	%
Abiertas	1.900.255	90%	2.818.597	96%
Cerradas	208.053	10%	107.376	4%
Total	2.108.308	100%	2.925.973	100%

Fuente: Elaboración propia en base a información de Fonasa y Superintendencia de Salud.

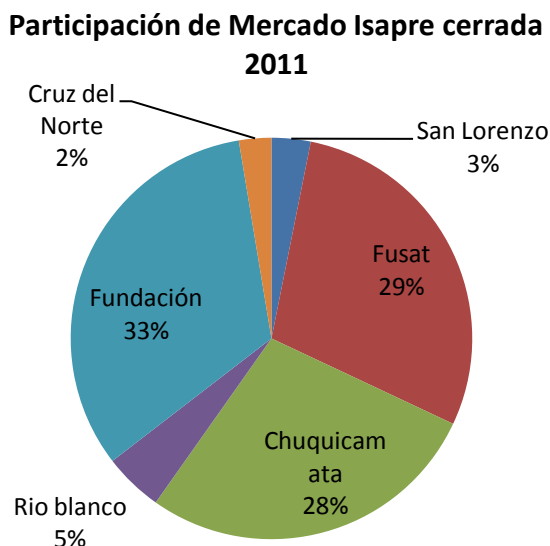
Tabla 7

La inscripción a las ISAPRE cerradas está limitada a los trabajadores de una empresa o sector económico. El financiamiento de estas ISAPRE contempla la cotización de los trabajadores, también pudiendo incluir algún tipo de subsidio por parte de las empresas matrices. Actualmente, las ISAPRE cerradas son:

- Fundación
- Fusat
- Río Blanco
- San Lorenzo
- Chuquicamata

- Cruz del Norte

La participación de mercado de dichas ISAPRE se visualiza en el gráfico 8.



Fuente: Superintendencia de salud

Gráfico 8

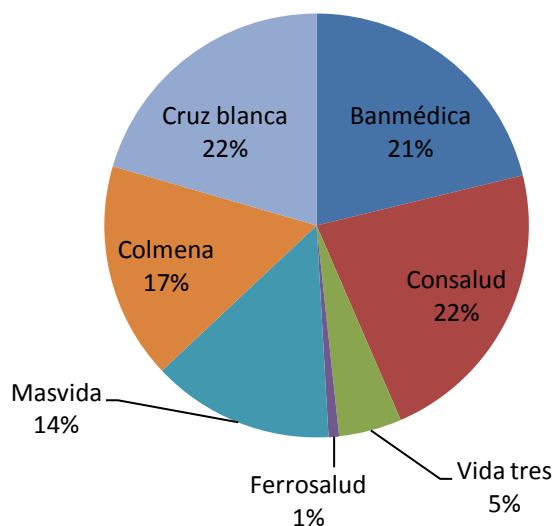
Por su parte, las ISAPRE abiertas permiten la afiliación de un individuo sin necesidad que trabaje en una determinada institución.

En el año 90 el mercado contaba con 21 ISAPRE abiertas, sin embargo a partir del año 2000 se observa una caída, registrando en la actualidad la existencia de 7 ISAPRE:

- Colmena
- Banmédica
- Vida Tres
- Masvida
- Cruz Blanca
- Consalud
- Ferrosalud

La participación de mercado de las ISAPRE abiertas a junio del 2012, se visualiza en el gráfico 9.

**Participación de mercado de las Isapre Abiertas
(Junio 2012)**



Fuente: Superintendencia de salud

Gráfico 9

Para medir la concentración de este mercado, se calculó el índice IHH para cada año del periodo 2000-2012, con el objetivo de analizar si la disminución del número de ISAPRE abiertas, ha afectado a la concentración del mercado. Al observar los datos se verifica que la concentración ha tendido a aumentar con respecto al 2000, sin embargo la mayor concentración observada no es en la actualidad, sino que en el año 2005 (Figura 8). Cabe destacar que en todo el periodo analizado, este mercado registra valores de IHH asociados a una alta concentración

Adicionalmente se calculó el índice de dominancia, el cual en el periodo 2000-2012 fluctúa e torno a los 2000 y 3000 puntos, presentando en la actualidad sus menores valores.

Para el cálculo de ambos índices se considera el hecho que las ISAPRE Banmédica y Vida tres pertenecen a un mismo dueño.

	Índice de IHH	Índice de dominancia
2000	1560	2650

VERSION PRELIMINAR SUJETA A CORRECCIONES FORMALES

2001	1537	2478
2002	1726	2529
2003	1924	2602
2004	1885	2562
2005	2195	3042
2006	2189	3088
2007	2109	2741
2008	2120	2501
2009	2084	2444
2010	2073	2412
2011	2063	2355
Junio 2012	2059	2339

Fuente: Elaboración propia en base a información de la Superintendencia de Salud

Tabla 8

Al revisar la renta imponible de los cotizantes de las ISAPRE, queda relativamente claro que estas empresas apuntan hacia distintos segmentos de mercado (Tabla 9). Se observa que seis de ellas tienen un ingreso promedio superior a los \$700.000 y sólo Ferrosalud tiene un ingreso promedio de \$277.178, lo que está acorde a lo planteado por el Gerente General de Ferrosalud, quien dice que su modelo de gestión está orientado a trabajadores de rentas medias y medias bajas (personas que ganan desde \$250.000 mensuales). Sin embargo, es más claro percatarse de esta segmentación al separar el porcentaje de cotizantes por tramos de ingreso (Tabla 10). En este caso se adoptó la Región Metropolitana como muestra del resto del país. En la figura se observa con color celeste los tramos de ingresos por ISAPRE donde existe una mayor concentración de cotizantes, permitiendo separar estas ISAPRE de acuerdo al ingreso de sus cotizantes en tres grupos:

- Grupo 1: Colmena, Masvida y Vida tres
- Grupo 2: Banmédica y Cruz Blanca
- Grupo 3: Consalud y Ferrosalud

Número de cotizantes y renta imponible promedio en \$. Diciembre del 2011

<i>ISAPRE</i>		
	<i>Cotizantes</i>	<i>Renta Imponible</i>
<i>Colmena</i>	245.744	\$ 937.489
<i>Cruz Blanca</i>	299.396	\$ 823.693
<i>Vida Tres</i>	71.901	\$ 879.642
<i>Ferrosalud</i>	12.014	\$ 277.178
<i>Masvida</i>	204.115	\$ 896.635
<i>Banmédica</i>	316.285	\$ 785.748
<i>Consalud</i>	330.845	\$ 707.184
<i>Total</i>	1.525.299	\$ 821.634

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Superintendencia de salud.

Tabla 9

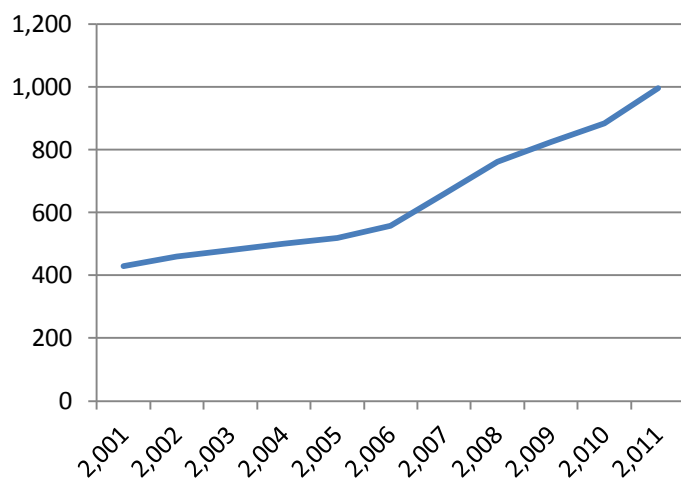
ISAPRE							
<i>Tramos</i>	<i>Ferrosalud</i>	<i>Consalud</i>	<i>Cruz Blanca</i>	<i>Banmédica</i>	<i>Vida Tres</i>	<i>Masvida</i>	<i>Colmena</i>
< 200	2%	3%	2%	2%	3%	1%	2%
200-399	14%	16%	7%	9%	5%	4%	4%
400-599	12%	18%	13%	14%	7%	9%	9%
600-799	8%	15%	13%	13%	7%	10%	10%
800-999	4%	10%	10%	10%	7%	10%	9%
1000-1199	2%	7%	8%	7%	6%	9%	8%
1200-1399	1%	5%	8%	6%	7%	8%	7%
>= 1400	2%	13%	25%	23%	38%	35%	38%
<i>Sin inf.</i>	53%	13%	14%	17%	20%	13%	13%
<i>Total</i>	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de información de la Superintendencia de salud

Tabla 10

Con respecto al pago de prestaciones por las ISAPRE abiertas, se observa un incremento en el periodo 2001-2011 de un 131%, bordeando este último año los \$1.000 millones (Gráfico 10). Al separar estos pagos por ISAPRE se encuentra que Banmédica lidera este ítem con un 22% del total de pago de prestaciones, seguida por Colmena y Cruz blanca con un 21%. Ferrosalud es la ISAPRE que menos prestaciones paga alcanzando un 0,2% del total (Gráfico 11).

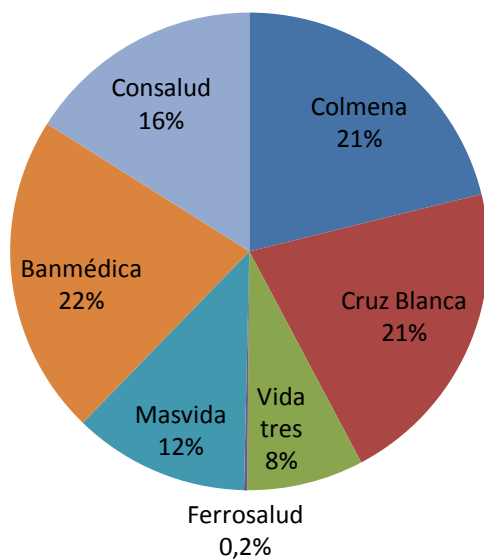
**Pago del total de Isapre por prestaciones de salud
(Millones de \$)**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Superintendencia de salud

Gráfico 10

**Pago de prestaciones de salud por Isapre con respecto al
total de Isapre abiertas. 2011**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Superintendencia de salud

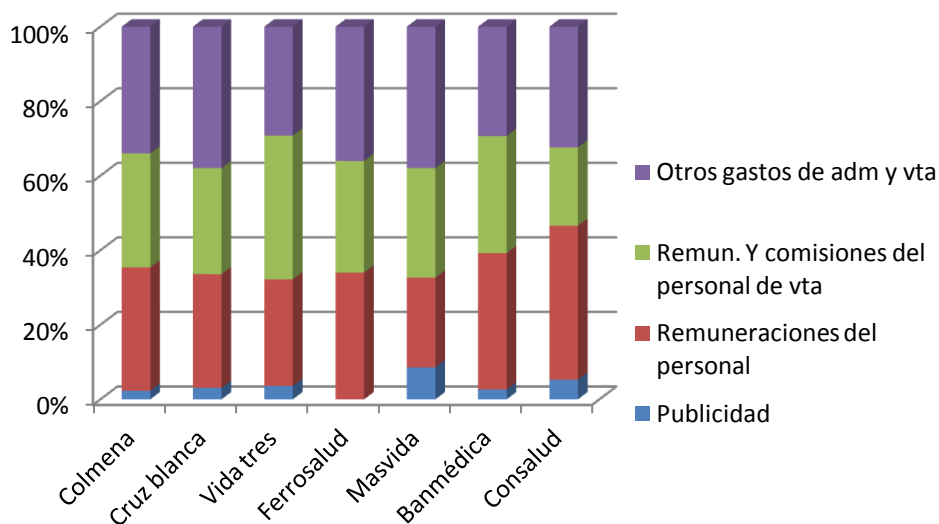
Gráfico 11

De acuerdo a los estados financieros de las ISAPRE entregados por la Superintendencia, los gastos de Administración y ventas de estas empresas se clasifican en:

- Publicidad
- Remuneración del personal
- Remuneración y comisiones del personal de venta
- Otros gastos de administración y ventas

Al revisar la composición de estos gastos por ISAPRE, se observa que para este tipo de empresas el gasto en publicidad es un porcentaje muy bajo de sus gastos de administración y ventas. Para Masvida, que es la ISAPRE con mayor porcentaje de gasto en publicidad, este ítem sólo alcanza un 9% del total. Con respecto a los otros gastos no se visualiza un patrón general, en el sentido que algún gasto predomine por sobre otro. Al mirarlo en detalle, por ISAPRE, se encuentra que los gastos por remuneración del personal es el componente del gasto más fuerte en las ISAPRE Banmédica y Consalud, la remuneración y comisiones del personal de venta es el gasto más marcado en Vida Tres y para el resto de las ISAPRE destaca el ítem otros gastos de administración y ventas.

**Composición gasto de administración y ventas por isapre
año 2011**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la superintendencia de salud

Gráfico 12

4. RENTABILIDAD DE LA ISAPRE

Las dos medidas tradicionalmente más utilizadas para medir la rentabilidad de una empresa son el ROE (*return on equity*) y el ROA (*return on assets*).

El ROE busca determinar la tasa de retorno de la inversión en una empresa y mide la eficiencia de ésta en la generación de utilidades a partir de determinado monto invertido. Esta razón financiera se calcula como la utilidad neta dividida por el patrimonio inicial del período.²¹⁵

El ROA es un indicador que busca determinar qué tan rentable es una compañía en relación a sus activos. Entrega una idea de qué tan eficiente es en el uso de éstos para generar ganancias. En algunas aplicaciones se calcula simplemente dividiendo la utilidad neta por los activos totales, sin embargo, una aplicación más adecuada supone dividir el resultado operacional por los activos operacionales, ya que esta medida representa de mejor manera la eficiencia en el uso de los activos en las actividades relacionadas con el negocio.

Si bien es cierto, ambas razones financieras son aceptadas y reconocidas como buenos *proxies* para medir la rentabilidad de una empresa, se debe ser precavido en su interpretación dado que, tanto el ROE como el ROA se basan en resultados y datos contables.

En el contexto del mercado de ISAPRE, diversos métodos han sido usados para medir la rentabilidad del sistema a lo largo de los últimos años. La Superintendencia de Salud considera como indicador de rentabilidad el ratio entre la utilidad neta y el capital y reservas, mientras que Agostini, Saavedra y Willington (2007)²¹⁶ utilizaron la tasa de margen operacional calculada como el margen dividido por sus ingresos operacionales. Las ISAPRE por su parte, históricamente han insistido en que, en la medida en que las estimaciones de rentabilidad omitan la cartera de clientes, activo intangible y presumiblemente de gran valor, los resultados obtenidos serán equivocados. De acuerdo a esta visión, sería más adecuado utilizar en el cálculo indicadores relacionados con los márgenes obtenidos por las empresas.

²¹⁵ Otra buena medida de rentabilidad relacionada con el ROE es el ROAE (*return on average equity*). Este indicador financiero se calcula dividiendo la utilidad neta por el patrimonio promedio, entre el inicial y final, del período.

²¹⁶ Agostini, Saavedra y Willington (2007). "Colusión en el Mercado de ISAPRE: Modelación y Evidencia Empírica".

En la presentación de Hernán Doren, presidente de la Asociación de ISAPRE de Chile, en el Encuentro Nacional de Salud 2011, se compara la rentabilidad de las ISAPRE con la de otras industrias basándose en el margen neto, definido como la utilidad neta dividido por las ventas totales. En la siguiente tabla se muestran los datos presentados en dicho encuentro:

**Indicadores Financieros de Diversas Industrias en Chile
Año Móvil Julio 2010 - Junio 2011**

Sectores	Empresas	Ingresos	Utilidad del Ejercicio	Margen de Utilidad
Sanitarias	5	663.055	152.688	23,0%
Bancos	6	6.674.540	1.430.641	21,4%
Telecomunicaciones	2	1.882.291	308.726	16,4%
Electricas	13	8.863.710	1.267.191	14,3%
Clínicas	2	173.848	22.244	12,8%
Combustibles	2	1.236.946	148.386	12,0%
Seguros Vida	30	3.014.192	351.658	11,7%
Embotelladoras	4	2.402.499	282.014	11,7%
Autopistas Concesionadas	10	1.368.300	155.239	11,3%
Retail	4	11.734.004	751.490	6,4%
Isapres	7	1.394.544	68.956	4,9%
Seguros Generales	20	1.545.929	25.995	1,7%
Total	105	40.953.859	4.965.228	12,6%

Cifras Expresas en Millones de Pesos (MM\$) de Junio de 2011

Fuente: Altura Management en base a datos de: Superintendencia de Valores y Seguros, Superintendencia de Salud, Bolsa de Comercio de Santiago.

Tabla elaborada por Doren, Hernán (2011).

Tabla 11

A primera vista llama la atención que, de acuerdo a este indicador, industrias reguladas como las sanitarias, telecomunicaciones, eléctricas y autopistas concesionadas hayan sido más rentables en un período de auge económico que otras cuyas utilidades dependen considerablemente de los vaivenes del mercado. Estos resultados se contraponen al principio que sostiene que mayores riesgos deberían ser compensados con mayores retornos en el largo plazo.²¹⁷

Un segundo punto ilustrativo para entender la ineficacia del margen neto como método para calcular rentabilidades se puede obtener mediante el estudio de la descomposición de Du Pont, que subdivide el ROE en tres ratios que permiten entender las razones de un mayor o menor retorno entre compañías o industrias. A continuación se presenta la descomposición mencionada:

$$ROE = \frac{Utilidad\ Neta}{Ventas} \times \frac{Ventas}{Activos} \times \frac{Activos}{Patrimonio\ Inicial}$$

²¹⁷ Si bien es cierto las mediciones mostradas en la tabla 1 se refieren a un período de un año (no a resultados de largo plazo), es esperable que en períodos de expansión económica industrias más riesgosas obtengan mejores resultados que otras con riesgos más acotados.

El primero de los componentes de la igualdad es el margen neto, el que está relacionado con el margen derivado de cada venta. El segundo componente se refiere a la rotación de activos y está relacionado con la eficiencia operacional (cuántos pesos de venta son generados por cada peso de activos de la empresa). El tercer componente se refiere al nivel de apalancamiento financiero. A mayor relación entre activos y patrimonio mayor es la proporción de deuda con respecto a esta última partida del balance y mayor la rentabilidad del accionista en el caso en que el resultado de la empresa sea positivo.

Estas tres variables son las responsables del crecimiento económico de una empresa, de manera que el margen neto sólo explica parte de la rentabilidad de una firma, por lo que es inadecuado no referirse también a la rotación de activos y al apalancamiento financiero para determinar el desempeño de ésta.

A continuación, para las ISAPRE abiertas, compañías de seguros generales, compañías de seguros de vida y sistema bancario, se presenta, para el período comprendido entre el año 2008 y 2011, el cálculo del ROE y del ROA (calculado como utilidad neta sobre activos totales), siendo el primero el indicador de rentabilidad preferido dado que considera el margen, la rotación y la relación deuda patrimonio, mientras que el ROA no toma en cuenta esta última variable.

Industria	Ratio Financiero	2008	2009	2010	2011	Promedio
ISAPRE	ROE	34.9%	20.8%	41.3%	43.1%	35.0%
	ROA	12.3%	7.6%	14.9%	16.8%	12.9%
Cías. Seguros Generales	ROE	5.0%	8.7%	2.2%	13.6%	7.4%
	ROA	1.3%	2.2%	0.6%	3.0%	1.8%
Cías. Seguros Vida	ROE	-6.9%	23.7%	25.7%	4.2%	11.7%
	ROA	-0.8%	2.1%	2.5%	0.6%	1.1%
Sistema Bancario	ROE	13.1%	18.2%	20.0%	18.6%	17.5%
	ROA	1.1%	1.1%	1.6%	1.2%	1.2%

Fuente: Elaboración propia, a partir de datos de la Superintendencia de Salud, la Superintendencia de Bancos y la Superintendencia de Valores y Seguros.

Tabla 12

Calculada de esta manera la rentabilidad de las ISAPRE es sustantivamente mayor a las de las compañías de seguros generales, compañías de seguros de vida y sistema bancario, tanto en ROE como ROA, con promedios de 35% y 12,9% respectivamente entre los años 2008 y 2011.

Como los ratios financieros se basan en mediciones contables, no presentan consideraciones de riesgo y por último deben ser utilizados idealmente para comparar empresas del mismo rubro o industrias parecidas, es recomendable ser cuidadoso en su interpretación. Sin embargo, la magnitud de las rentabilidades de las ISAPRE presentadas en la tabla anterior y la diferencia con las otras industrias, permiten suponer, al menos en principio, que esta industria presenta rentabilidades sobre normales.

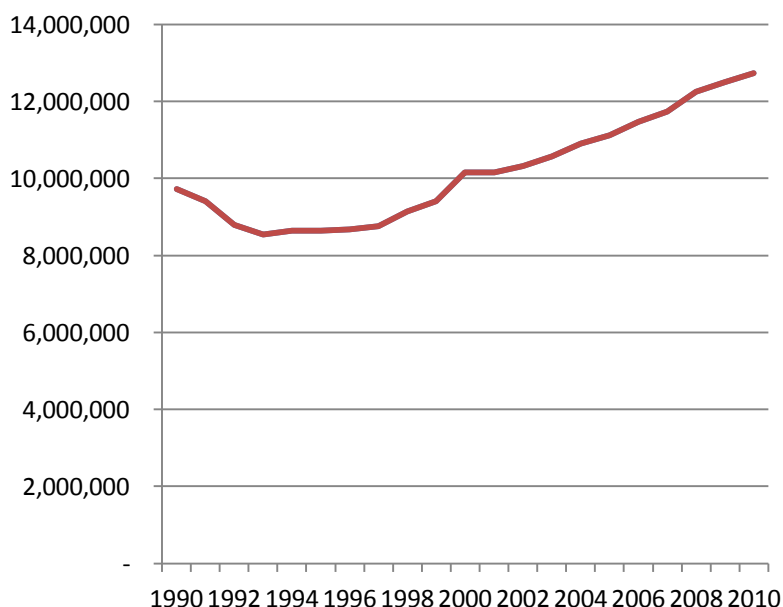
Es interesante ver además que a pesar de que la industria de las ISAPRE y de las compañías de seguro tienen características muy similares, las rentabilidades de las

primera son mucho mayores, lo que es aún más sorprendente al considerar que las ISAPRE tienen flujos mucho más estables que las compañías de seguros de vida y generales, dado que reciben mes a mes las cotizaciones obligatorias de un grupo de clientes con alto nivel de fidelidad.

5. FONASA

Corresponde al seguro de salud público, el cual de acuerdo a cifras del año 2010 abarca a un 70% de la población. Con respecto a la evolución a través de los años, se visualiza un incremento en el número de beneficiarios

Estimación del número de beneficiarios de Fonasa



Fuente: Fonasa

Gráfico 13

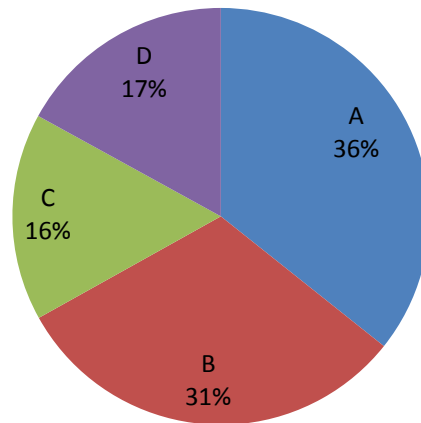
Los beneficiarios de Fonasa se dividen en tramos de acuerdo al nivel de ingreso del cotizante y el número de cargas familiares. Los detalles de dicha clasificación se visualizan en la Tabla 13. Los tramos A y B son los que abarcan la mayor parte de los beneficiarios de Fonasa, ya que pertenecen a él personas que por su nivel de ingreso le es más difícil acceder a una ISAPRE

<p>Tramo A</p> <p>Nivel Ingresos</p> <ul style="list-style-type: none"> > Indigentes o carentes de recursos > Beneficiarios de pensiones básicas solidarias > Causantes de subsidio familiar (Ley 18.020) <p>PORCENTAJE DE COPAGO : 0%</p>	<p>Tramo B</p> <p>Nivel Ingresos</p> <ul style="list-style-type: none"> > Ingreso Imponible Mensual menor o igual a \$193.000 <p>PORCENTAJE DE COPAGO : 0%</p>
<p>Tramo C</p> <p>Nivel Ingresos</p> <ul style="list-style-type: none"> > Ingreso Imponible Mensual mayor a \$193.001 y menor o igual a \$281.780 > Con 3 o más cargas familiares, pasará a Grupo B <p>PORCENTAJE DE COPAGO : 10%</p>	<p>Tramo D</p> <p>Nivel Ingresos</p> <ul style="list-style-type: none"> > Ingreso Imponible Mensual mayor a \$281.781 > Con 3 o más cargas familiares, pasará a Grupo C <p>PORCENTAJE DE COPAGO : 20%</p>

Fuente: Fonasa

Tabla 13

Composición de beneficiarios Fonasa según tramos. 2010



Fuente: Fonasa

Gráfico 14

Por último, al revisar los tramos de renta de los cotizantes de Fonasa se visualiza que el 83% de ellos posee una renta inferior o igual a \$500.000, concentrándose la mayor parte de ellos en el tramo de ingresos de \$100.000 a \$250.000²¹⁸

TRAMO DE RENTA	2010	
	Junio N° Personas	Diciembre N° Personas
Menor a \$100.000	484.620	528.366
\$100.001 - \$150.000	962.619	811.068
\$150.001 - \$200.000	788.777	799.290
\$200.001 - \$250.000	756.185	703.906
\$250.001 - \$300.000	421.514	432.682
\$300.001 - \$350.000	317.356	345.957
\$350.001 - \$400.000	248.609	283.709
\$400.001 - \$450.000	191.648	222.676
\$450.001 - \$500.000	145.476	177.869
\$500.001 - \$550.000	118.379	145.151
\$550.001 - \$600.000	96.823	118.682
\$600.001 - \$650.000	78.056	99.529
\$650.001 - \$700.000	61.362	83.329
\$700.001 - \$750.000	47.986	69.221
\$750.001 - \$800.000	39.746	55.551
\$800.001 - \$900.000	58.632	85.548
Mayor a \$900.000	139.021	228.312
Total	4.956.809	5.190.846

Fuente: Fonasa

Tabla 14

6. NATURALEZA Y FUNCIONES DE LOS ASEGURADORES

La asimetría informativa tiende a crear incentivos para el comportamiento oportunista de los proveedores. Sólo un comprador experto, que actúa en forma colectiva en nombre de una población, puede moderar dichos comportamientos por parte de los prestadores (médicos y clínicas).

Está probado que puede resultar más eficiente la competencia entre aseguradores que entre proveedores de salud donde, al ser más amplia la asimetría, existe una especie de “carrera armamentista sanitaria”.²¹⁹ Dado que estamos hablando de un servicio

²¹⁸ No obstante, la proporción de personas que pertenecen al quintil de más altos ingresos que se encuentran afiliados a FONASA es casi idéntica a la proporción afiliada a ISAPRE y es sustantivamente mayor en el cuarto quintil. Véase al respecto, Clínicas de Chile A.G. (2012).

²¹⁹ Incentivos y contratos en los servicios de salud. Pere Ibern, editor. Springer.

donde la estrategia preferida de los proveedores es la diferenciación de producto, cada uno busca su nicho de mercado donde no se compita por precios y donde se impongan condiciones.

El papel de los aseguradores en el marco de la representación del “usuario” paciente es el de ejercer vigilancia y auditoria de los proveedores considerando que disponen de una población de referencia, la cual recibe servicios de salud.

El asegurador debe administrar el riesgo, por un lado evitando la selección adversa y el riesgo moral de los beneficiarios que querrán consumir más de lo que necesitan o querrán ocultar sus preexistencias por una parte (esto requiere conocimiento y gestión epidemiológica de la población a cargo) por otra parte su permanente y periódica compra de servicios lo vuelve un comprador inteligente (la salud deja de ser un bien de confianza para pasar a ser un bien de experiencia), sabe lo que hay que comprar, que comprar en materia de salud y puede negociar el precio porque compra para un colectivo, no para uno o dos pacientes.

El asegurador de salud debe administrar el riesgo de la población afiliada la cual debe ser la suficiente como para diluir el riesgo correspondiente. Este es uno de los aspectos que genera problemas en el sistema de ISAPRE, dado que existe una población de apenas 2,8 millones para 5 aseguradoras. El impacto de las nuevas tecnologías, el envejecimiento de la población, la mayor demanda y las patologías catastróficas pueden causar problemas en la gestión de grupos de población. Las aseguradoras buscarán de esta manera reducir el riesgo a través de algunas estrategias que veremos más adelante.

Los sistemas de aseguramiento universales (caso de Holanda, Alemania y Colombia) permiten manejar un pool de riesgo mínimo sustentable. En Holanda, por ejemplo, existen 7 aseguradoras para 16 millones de habitantes, es decir más de 2.000.000 promedio por aseguradora.

Según el teorema de Rothschild –Stiglitz, los buenos riesgos pueden verse excluidos del mercado, considerando que ninguna compañía ofrecerá pólizas a bajo precio adecuadas al riesgo de estos grupos y, por lo tanto, es posible que no exista un equilibrio competitivo en el mercado de seguros de salud.²²⁰

Si las compañías pudieran distinguir entre ambos grupos de riesgo, el equilibrio se lograría sencillamente estableciendo dos tipos de contratos con dos primas diferentes para los de bajo y alto riesgo. Si no pueden hacerlo, las empresas limitarán la cantidad

²²⁰ Lopez Casasnovas, Vicente Ortún Rubio, Economía y Salud. Fundamentos y Políticas. Madrid, Ediciones Encuentro 1998.

de seguros que los individuos pueden comprar a cada precio, encontrándose otra vez con el problema de la oferta incompleta.

Como veremos más adelante, la existencia de un Plan Garantizado de Salud y de un Fondo de Compensación por Riesgo solidario entre las ISAPRE, permitiría evitar comportamientos de selección de riesgo o selección adversa por parte de los usuarios. Es esperable que la introducción de este Fondo, contribuya a disminuir prácticas habituales como la discriminación por preexistencias y la aplicación de tablas de factores que afectan especialmente a las mujeres en edad fértil y los adultos mayores, aumentando los precios de sus planes.

Otra función relevante es la administración del acceso de los afiliados. Incluye procedimientos para la entrada y salida de usuarios, contingencias, urgencias, cobertura, intervenciones. Como veremos más adelante las aseguradoras suelen integrarse o asociarse con prestadores acotando las opciones disponibles. Es muy difícil para un asegurador puro auditar y evitar el acuerdo entre los pacientes y los prestadores para sobre-prestar servicios de los que luego terminará haciéndose cargo el “tercer pagador” (asegurador). La existencia de importantes copagos es otra estrategia que intenta disuadir al usuario de este comportamiento oportunista.

7. COMPORTAMIENTO DE LOS AGENTES.

En el año 1990 existían 21 ISAPRE abiertas en el país. Desde aquella época hasta el día de hoy se ha verificado una disminución de agentes en el mercado del aseguramiento. Ya sea por una serie de fusiones y adquisiciones o porque la Superintendencia decidió cerrarlas por incumplimientos legales, al año 2012 se encuentren vigentes sólo 7 instituciones.²²¹ (Documento 1)

En el mercado de los seguros, 5 grupos económicos concentran un 96% del mercado (si se considera que Banmédica y Vida Tres pertenecen al mismo *holding*), tal como indica el gráfico que se muestra a continuación:

²²¹ De acuerdo a los datos obtenidos de la Superintendencia de Salud se encuentra vigente una octava ISAPRE abierta, Alemana Salud, pero nunca ha operado.

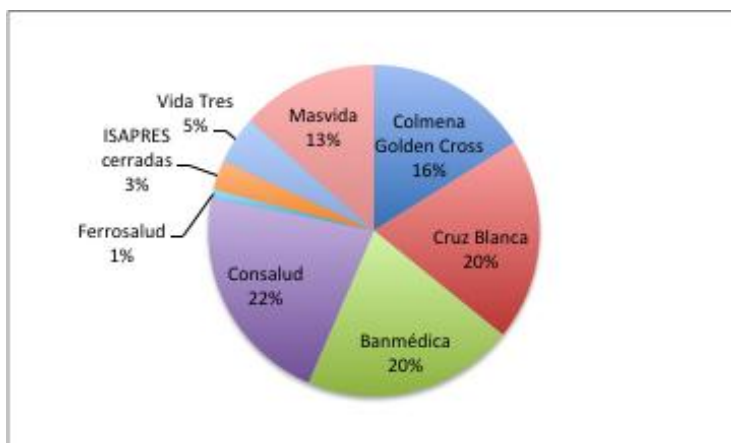


Gráfico 15

Además del alto grado de concentración actual, el mercado muestra una tendencia hacia mayores grados de concentración: las ISAPRE abiertas eran 16 en el año 1999, pasando a ser 9 en el año 2004. Actualmente existen 7 ISAPRE abiertas, no obstante, Ferrosalud posee una estrategia de negocios muy distinta a la de los demás actores y 2 ISAPRE pertenecen a un mismo holding, por lo que los actores relevantes en este ámbito son 5.

a. En el ámbito de las ISAPRE, el portafolio de clientes representa uno de los activos principales de cada compañía:²²² la amplitud de la base de afiliados (*pool* mayor) permite una importante compensación de riesgos, lo que genera ciertas economías de escala en el mercado de los seguros.

No obstante lo anterior, la tendencia al cambio por parte de los afiliados es baja. Así, por ejemplo, las ISAPRE han tendido a mantener una gran estabilidad en sus respectivas participaciones de mercado, como lo muestra la tabla siguiente:

²²² Como lo reconocieron las propias ISAPRE en su defensa ante el TDLC. Véase, Agostini *et al.* (2010).

	2008	2009	2010	2011	2012
Colmena Golden Cross	15,7%	16,8%	16,8%	16,6%	16,5%
Cruz Blanca	21,3%	20,0%	20,0%	20,2%	20,5%
Vida Tres	5,2%	5,1%	5,0%	4,9%	4,8%
Ferrosalud	0,7%	0,9%	0,9%	0,8%	0,8%
Mas Vida	11,8%	12,8%	13,5%	13,8%	13,9%
ISAPRE Banmédica	22,0%	22,1%	22,1%	21,4%	21,2%
Consalud S.A.	23,1%	22,3%	21,7%	22,3%	22,3%
Total de Afiliados al sistema de ISAPRE	1.382.230	1.350.223	1.400.784	1.480.300	1.530.037

Fuente: Elaboración propia en base a información de Fonasa y Superintendencia de Salud.

Tabla 15

Elo, a pesar de la entrada de un nuevo actor al mercado en dicho periodo (Ferrosalud). Puede agregarse a este análisis los datos señalados por Thomas Leisewitz en el Encuentro Nacional de Salud (ENASA) 2011,²²³ donde señaló que la movilidad al interior del sistema de ISAPRE durante el 2010 fue de un 6% de los cotizantes totales.

Estos datos se encuentran en consonancia con lo señalado por Agostini *et al.*, cuestión reiterada por el TDLC en el fallo relativo al caso ISAPRE. De acuerdo a dichos autores, un nuevo entrante al mercado de ISAPRE, que captase afiliados a una tasa igual a la ISAPRE que más afiliados captó en cada mes durante 1999-2004, demoraría 4 años en tener una participación equivalente al 8-9% del mercado.²²⁴ La principal explicación se encuentra en la enorme cantidad y dispersión de planes ofrecidos por cada ISAPRE, según se verá más abajo, los que generan importantes costos de búsqueda y problemas de procesamiento de la información: de acuerdo a Agostini *et al.* (2007: 10), un usuario racional apenas alcanzaría a analizar un 1% de los planes que tiene a su disposición, por lo que un sesgo hacia el *statu quo* parece ser una conducta esperable.

²²³ Leisewitz, Thomas (2011). Puede verse su presentación en <http://www.enasa.biz/presentaciones.html>

²²⁴ Agostini *et al.* (2010) y la sentencia del TDLC citada en nota 10.

La evidencia internacional también tiende a enfatizar los problemas que produce la sobre carga de información. Frank y Lamiraud (2009) muestran una extrema dispersión de precios en el mercado de los seguros de salud en Suiza, lo que conduce a baja movilidad de los cotizantes entre planes de salud (en promedio, para los últimos años, alrededor de un 3% de movilidad anual). Paradójicamente los autores mostraron que la movilidad es mayor en las regiones en que existe un menor número de planes de salud y que dicha movilidad acarrea importantes beneficios para los consumidores (quienes se cambiaron de plan pagan, en promedio, un 16% menos que los que permanecieron en el mismo plan). Todo lo anterior señala que la proliferación de planes y la dispersión de precios son mecanismos que introducen opacidad en el mercado, aumentan la cautividad de los consumidores y entregan, por tanto, poder de mercado a las ISAPRE.

Como agravante de la condición recién descrita, debe mencionarse que informes recientes han mostrado importantes distorsiones en las percepciones de calidad de los usuarios del sistema de salud. Así, por ejemplo, el perfil del usuario promedio influye la percepción de la calidad de ciertos actores: compañías que obtienen una mayor proporción de usuarios de rentas altas son percibidas como actores de mayor calidad.²²⁵

En suma, los problemas de información que permean el ámbito de la salud representan la gran piedra de toque para la introducción de reformas que fomenten la competencia al interior de este mercado.²²⁶ Consumidores incapaces de procesar la oferta de planes difícilmente podrán tomar decisiones racionales respecto a la compañía de seguros con la que desean contratar, generando un sesgo hacia la estabilidad que permite a las ISAPRE contar con una cartera de afiliados relativamente estable y operar en un mercado con importantes barreras de entrada; la falta de indicadores claros de calidad que permitan comparar las prestaciones ofrecidas por los diversos prestadores (públicos y privados) vuelve imposible correlacionar diferencias de precio con diferencias en calidad, volviendo opaca la variable más importante para la elección del plan de ISAPRE, a saber, los convenios con los prestadores; la dispersión de precios, aumentada por la enorme variabilidad de los convenios y la multiplicidad de aranceles por ISAPRE impide que los consumidores conozcan de antemano tanto el monto que deberán cubrir personalmente (lo que sólo será explicitado después de recibir la prestación) como su conveniencia. La interacción de todas estas variables disminuye los incentivos que pueden tener los prestadores y aseguradores para

²²⁵ OCDE (2012), sobre la base de un estudio de mercado elaborado por la Criteria Research (2008b) para la FNE.

²²⁶ La OFT ha señalado la existencia de asimetrías de información, como una de las principales barreras de entrada al mercado de los seguros de salud privados. (OFT, 2012).

competir, conscientes de que la atracción de nuevos clientes es muy costosa (los consumidores no percibirán fácilmente las mejoras en calidad hechas por otros actores), que los clientes actuales son fáciles de retener (la disminución en los esfuerzos por entregar calidad no es fácilmente percibida) y que la demanda por salud es sumamente inelástica, dada la importancia del bien en cuestión²²⁷ y la existencia de seguros que cubren una parte importante de los aumentos de costos. Visto así, resulta más conveniente para los actores involucrados la explotación de los nichos de mercado que tienen asegurados (mediante aumentos de precios o disminución de calidad en la atención a los clientes leales) antes que un intento por ampliar su cuota de participación en el mercado, dando paso a una hipótesis de “competencia monopolística”.

A continuación se realizará un análisis específico de los problemas de información existentes en el mercado chileno, los que actualmente dificultan la comparación de precios, opacan los datos sobre calidad y, en último término, vuelven a las ISAPRE un actor fundamental en la determinación de la conducta de los consumidores.

7.1 Criterios de elección por parte de los consumidores: diagnóstico.

El estudio realizado en agosto de 2008 por Critería Research para la Superintendencia de Salud muestra que de un total de 400 encuestados, la mitad recibió asesoría de su ISAPRE para elegir el plan de salud. Este porcentaje se mantiene relativamente invariable por sexo, por edad, y aunque en menor medida, también por grupo socioeconómico,²²⁸ de acuerdo a la siguiente tabla:

%	SEXO		EDAD				GSE		
	Hombre (195)	Mujer (205)	18 – 29 (105)	30 – 39 (103)	40 – 49 (92)	50 y más (100)	BC1 (137)	C2 (147)	C3D (116)
Recibió ayuda del personal de la ISAPRE	48	50	50	44	55	48	45	53	48
Recibió ayuda de otras personas	21	21	26	23	15	18	20	17	26
No recibió ayuda	31	29	25	33	30	34	35	30	25
Miró tabla de factores	46	42	40	51	44	38	47	45	39

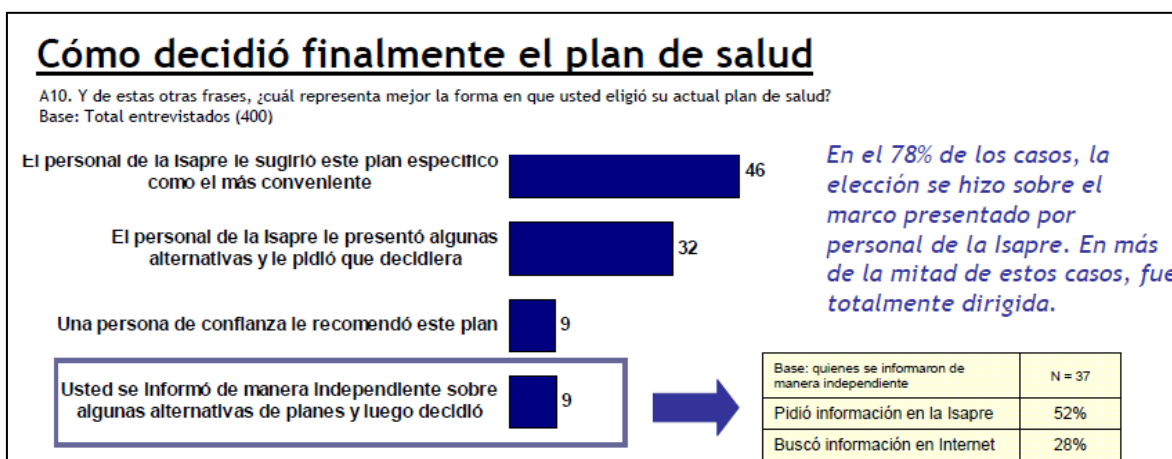
Fuente: Critería Research (2008)

²²⁷ Conforme al estudio de Critería Research (2008b) hecho para la FNE, la demanda por prestaciones ambulatorias está determinada por cercanía geográfica, mientras que la demanda por prestaciones que implican mayor riesgo para la salud está orientada por la percepción de calidad, con relativa independencia de los criterios de “cercanía” e incluso “costos”. Véase también, OCDE (2012).

²²⁸ Superintendencia de Salud (2008a). El 31% declara no haber recibido ayuda, mientras el resto recibió ayuda de algún tercero.

Tabla 16

En el contexto de decisión final del plan, el estudio muestra que “en el 78% de los casos, la elección se hizo por sobre el marco presentado por personal de la ISAPRE. En más de la mitad de estos casos, fue totalmente dirigida.” Efectivamente, en un 46% de los casos el personal de la ISAPRE sugirió un plan específico como el más conveniente, y en un 32% de los casos, el vendedor le presentó algunas alternativas para que tomara la decisión. Sólo un 9% de los encuestados tomó la decisión basada en información que buscó de manera independiente, dentro de los cuales más de la mitad de ellos pidió información a la misma ISAPRE.²²⁹ Así lo muestra el siguiente cuadro:



Fuente: Criteria Research (2008)

Tabla 17

No aparece mencionada como fuente de información ninguna institución gubernamental o no gubernamental de salud.

Puede afirmarse a partir de estos datos que un poco menos del 80% de los afiliados al sistema privado de salud tuvo como mediador en la elección de su plan actual a la ISAPRE a la que está afiliado, ya sea como inductor principal o exclusivo de dicha decisión, cuestión que es de mucha relevancia considerando que el plan de salud determinará una serie de nuevas decisiones relevantes para el mismo consumidor, como la cantidad y tipo de prestaciones que utilizará y el prestador al que probablemente asistirá en cada tipo de atención que requiera.²³⁰

²²⁹ Superintendencia de Salud (2008a): 17.

²³⁰ Como ya se verá en el apartado sobre integraciones verticales, no se cuestiona el hecho de que la ISAPRE tenga alguna función en la asesoría y apoyo de elección de un plan, sino que se pretende hacer notar la relevancia excesiva que hoy cobra la ISAPRE en dicha elección y la improbabilidad de que con la actual estructura del mercado privado de salud, sea ésta la mejor guía del consumidor.

No obstante las importantes implicancias que se siguen de la elección del plan, lo que deja en claro el documento mencionado es que se trata de una decisión tomada de manera relativamente impulsiva: el 80% de los encuestados tomó la decisión en menos de una semana desde que le mostraron el plan, y el 41% la tomó en menos de 24 horas.²³¹

Hay varias razones que pueden esgrimirse para justificar que esta conducta sea generalizada. En primer lugar, hay muy pocas variables que son efectivamente tomadas en cuenta por un porcentaje importante de consumidores al momento de elegir. Valor del plan, cobertura y tope máximo de bonificación en atención hospitalaria y catastrófica son algunas de las más importantes dimensiones de valor junto con el copago,²³² pero no queda claro que haya una comprensión sólida sobre lo que estas variables quieren decir, especialmente en grupos socioeconómicos más bajos.²³³ Dentro del mismo contexto, Criteria Research, en su estudio cualitativo concluye que *“a pesar de la importancia de conocer las coberturas y prestaciones de una hospitalización son los ítems que menos se conocen y en los que cuales se sienten más vulnerables”*.²³⁴ En los siguientes cuadros pueden apreciarse los aspectos para decidir el plan de salud, la importancia e incluso la consideración que se les da en términos agregados en el primer cuadro, y por sexo, edad y grupo socioeconómico en el segundo:

²³¹ Superintendencia de Salud (2008a): 18.

²³² Superintendencia de Salud (2008a): 28 y ss. Al tener que elegir entre 6 planes distintos con las variables de cobertura y tope para cuatro tipos de atenciones diferentes, para determinar la jerarquía implícita, un 68% de 327 encuestados tuvo –implícitamente– en primer y segundo lugar la cobertura hospitalaria, y un 56% la catastrófica. En relación a la conveniencia de un plan, el copago en sus diferentes modalidades fue mencionado en un 23% de las primeras menciones, detrás del tope (24%) y de la cobertura (42%).

²³³ En el mismo estudio, un 14% de los 400 encuestados declaró no saber qué significaba cobertura, mientras un 5% dio una respuesta equívoca: Cantidad de enfermedades que cubre el plan. En relación al tope, un 25% no sabe qué quiere decir. En relación al concepto de Copago, un 48% de los encuestados respondió que no sabía, y un grupo menor dio respuestas equívocas. Si separamos al segmento C3, se puede notar que los porcentajes aumentan considerablemente: un 20% desconoce qué es cobertura, un 41% no sabe qué es el tope, y un 63% declara no saber qué es copago.

²³⁴ Superintendencia de Salud (2008b).



Fuente: Criteria Research (2008)

Gráfico 16

	18 – 29 (105)	30 – 39 (103)	40 – 49 (92)	50 y más (100)	BC1 (137)	C2 (147)	C3D (116)
Cobertura hospitalaria	50	55	51	63	55	59	48
El valor del plan	55	48	53	44	43	52	56
Cobertura para urgencias	43	49	47	40	38	43	55
Cobertura ambulatoria	38	31	34	38	34	39	32
Cobertura catastrófica	23	29	31	18	25	24	29
Libre elección	19	21	22	21	28	21	14
El prestador preferente	18	12	13	18	20	15	10

Fuente: Criteria Research (2008)

Gráfico 17

De manera más amplia, al ser enfrentado a un plan de salud tipo, el estudio para la Superintendencia muestra que a un 18% de los 400 encuestados, el plan *No le dice nada*. De los mismos encuestados, un 22% señala que la cartilla asociada al plan *No le dice nada*. La conclusión alcanzada por dicho estudio es que *el nivel de satisfacción (...) es mediocre, revelando desconfianza hacia el producto. Hay un malestar específico que proviene del desconocimiento y la consecuencia (sic) falta de control de los usuarios sobre las características efectivas del producto*.²³⁵

²³⁵ Superintendencia de Salud (2008a): 57.

Esto sólo ilustra un segmento del mapa de la información efectiva que existe en relación a un plan de salud. A nivel de prestaciones, un indicio importante del nivel de distorsión de la información y falta de transparencia por parte de la ISAPRE, puede observarse en el informe de la Superintendencia de Salud sobre prestaciones adicionales en el sistema de ISAPRE.

De acuerdo a la definición de dicho estudio, una prestación adicional o propia es aquella que *sin estar incluida en el arancel FONASA*, es bonificada por la ISAPRE a sus beneficiarios.²³⁶ Es decir, cuando una ISAPRE habla de sus prestaciones adicionales, se está refiriendo a sus ventajas o valor agregado respecto del sistema público y eventualmente del resto de las ISAPRE. El sistema se caracteriza por la existencia de una repetición exagerada de datos: el estudio concluye que del total de las prestaciones informadas, sólo un 10,3% corresponde efectivamente a prestaciones adicionales. Muchas ISAPRE consideran dentro de sus prestaciones adicionales algunas que están contempladas en el arancel de FONASA (y que, por ende, son obligatorias). Falta, además, precisión a la hora de construir la lista de prestaciones arancelarias. La ISAPRE Banmédica, por ejemplo, tiene 55 prestaciones adicionales, pero no están presente en sus 20 aranceles, sino sólo en 16. Similar cosa ocurre con la ISAPRE Vida Tres. Varias de las prestaciones informadas sólo se entregan a los antiguos afiliados a alguna ISAPRE que se fusionó, con planes que ya no se ofrecen²³⁷ o mencionan procedimientos que están obsoletos. Hay, por otro lado, falta importante de concordancias y dificultad para leer los códigos, como sucede con la ISAPRE Consalud *“debido a que presenta múltiples códigos, glosas y clasificación que no es fácil de comparar”*.²³⁸ De todas las ISAPRE del sistema, sólo Colmena Golden Cross ofrece todas las prestaciones adicionales (110) para todos sus usuarios.

Más decisivos aún resultan los datos que muestran que, entre todas las prestaciones efectivamente adicionales, representan apenas el 1,4% del total bonificado por prestaciones del sistema de ISAPRE abiertas, conforme al siguiente cuadro:

²³⁶ Esto conforme al artículo 189 inciso segundo letra a), del DFL n° 1 de 2005, del Ministerio de Salud.

²³⁷ ISAPRE Banmédica tiene entre sus prestaciones adicionales algunas prestaciones exclusivas para los beneficiarios de la ISAPRE ISPEN Ltda., heredadas de la fusión que se realizó en 1997. Lo mismo pasa en Cruz Blanca con las prestaciones derivadas de los aranceles de Normédica.

²³⁸ Superintendencia de Salud (2010d): 4.

Cobertura de prestaciones adicionales en isapres abiertas (Año 2009)					
Isapre Abiertas	Número de Prestaciones Adicionales	Total Bonificado (Mill.de Pesos)	Bonificación Otras Prestaciones (Mill.de Pesos)	Bonificación Prestaciones Adicionales (Mill.de Pesos)	% Bonificación por P.Adicionales
Banmédica	75.423	\$ 173.243	\$ 170.694	\$ 2.549	1,5%
Colmena	38.933	\$ 178.673	\$ 176.576	\$ 2.097	1,2%
Consalud	34.546	\$ 134.082	\$ 132.142	\$ 1.940	1,4%
Cruz Blanca	75.883	\$ 147.870	\$ 145.331	\$ 2.539	1,7%
Más Vida	33.906	\$ 70.267	\$ 69.250	\$ 1.017	1,4%
Vida tres	21.349	\$ 67.419	\$ 66.397	\$ 1.022	1,5%
Subtotal	280.040	\$ 771.553	\$ 760.390	\$ 11.163	1,4%

Fuente: Base de Datos Prestaciones Bonificadas, Superintendencia de Salud.

Elaborada por el Departamento de Estudios de la Superintendencia de Salud.

Tabla 18

Con todo, hay aún muchos otros elementos que configuran la decisión de los usuarios, donde la presencia de importantes asimetrías de información es determinante y que será revisada en sus aspectos fundamentales, analizando los cinco elementos siguientes.

7.2 Aranceles de las ISAPRE.

Si bien las ISAPRE tienen la obligación de construir sus planes por referencia a un arancel²³⁹ éste no está claramente especificado en los planes y sólo es posible acceder a él en la medida en que los datos del plan permitan hacer el cálculo. Si el plan entrega porcentajes de cobertura para una prestación y montos máximos de bonificación, no es posible calcular ni el “arancel” detrás del plan, ni el copago mínimo ni máximo. Lo más que puede desprenderse es cuánto, con independencia del porcentaje de cobertura, financiará como máximo la ISAPRE.

Sin embargo, esta información no tiene demasiado valor cuando el tope máximo está expresado en una unidad desconocida, como el valor de un arancel que no está adjuntado al plan y la cartilla. Esto es lo que sucede en la mayoría de los casos.

Los diferentes planes no tienen un valor fijo (ya sea el porcentaje o el monto tope), que permita comparar un plan con otro y conocer sus beneficios efectivos. El tope máximo puede estar especificado, en un mismo plan, en UF para algunas prestaciones y en valor arancel para otras. Este valor arancel no se especifica en el plan, y tampoco se señala siempre a qué arancel corresponde, considerando que las ISAPRE tienen

²³⁹ De acuerdo a lo dispuesto en la letra e) del artículo 189 del DFL n° 1 de 2005, del Ministerio de Salud, que especifica los contenidos mínimos de los contratos de salud.

muchos aranceles, cuyas prestaciones difieren y no se incluyen en todos los planes.²⁴⁰ Alrededor de 20 aranceles tiene cada ISAPRE según el estudio de la Superintendencia de Salud ya mencionado, llegando a identificar el caso de una ISAPRE que cuenta con más de 50 aranceles diferentes.²⁴¹ La ISAPRE Cruz Blanca, por ejemplo, indica algunos tope máximos en VA (valor arancel), pero no especifica a cuál de sus 11 aranceles se refiere para ese plan.²⁴²

Para saber el monto tope real, es necesario acceder a la cartilla que transforma el tope máximo de bonificación (expresado en UF o en Veces Arancel), para cada prestación, en un monto en pesos. Sin embargo, en la cartilla de prestaciones valorizadas, los nombres de las prestaciones no siempre coinciden exactamente con las denominaciones del plan, lo que dificulta la conversión²⁴³. Todavía con esta información, el valor arancelario de cada ISAPRE no queda manifestado.²⁴⁴ La lista de

²⁴⁰ A excepción de Colmena Golden Cross.

²⁴¹ Superintendencia de Salud (2010c): 4. ISAPRE Consalud tiene 58 aranceles diferentes.

²⁴² Planes señalan el tope máximo de reembolso de las prestaciones en UF en algunos casos, y en “VA” (valor arancel, en el caso de Cruz Blanca) o “AC” (Arancel Colmena), AB1 o AC1 (Arancel Banmédica Uno, Y Consalud Uno en el caso de estas ISAPRE). Por otro lado, el tope máximo corresponde a un porcentaje de cobertura. Tendríamos así por una prestación cualquiera, hasta tres tipos de montos diversos. Así, por ejemplo, en el plan de nombre ALEMANA 8000 – 77, disponible en el sitio web de la ISAPRE Cruz Blanca, el ítem “Materiales Clínicos e Insumos” tiene un reembolso del 70% y un tope de bonificación de 100 UF para libre elección, y 120 UF si se elige el prestador preferente. Un índice distinto de la UF tiene en el mismo plan el ítem de “Kinesiterapia”, el que teniendo el mismo porcentaje de cobertura, tiene un tope máximo de bonificación de 2,72 VA (Veces Arancel). El Arancel para estas prestaciones no está especificado ni en este, ni en ningún otro plan.

²⁴³ La cartilla de este mismo plan (ALEMANA 8000 – 77) para el período vigente, no tiene ítems que se llamen “Materiales Clínicos e Insumos”, ni “Kinesiterapia”, por lo que saber qué monto exacto reembolsa la ISAPRE por cada prestación se hace aún más complejo. En el caso de una prestación identificable en la cartilla, como “Psiquiatría ambulatoria” (en el plan) y “Psiquiatría (A)” (en la cartilla), ésta tiene un 70% de cobertura con un tope máximo de bonificación de 5,00 VA, para la modalidad de Libre Elección. En la cartilla, se señala que este tope máximo representa un valor de \$ 22.593 para esta modalidad, por lo que puede calcularse que el Arancel de Cruz Blanca para la prestación “Psiquiatría Ambulatoria” es de \$4.518,6. La misma falta de denominaciones comunes podemos encontrar en el plan elegido al azar ELECCIÓN TOTAL 1600, y su cartilla. La prestación que aparece con el nombre de “Kinesiología” en el plan, en la cartilla está fragmentada en dos agrupadas bajo la categoría “Medicina Física”. El ítem ambulatorio “Fonoaudiología”, del plan, no aparece en la cartilla, y sólo podría ser subsumida en la categoría “Consulta médica electiva”, pese a lo impreciso de la denominación, por falta de otro más adecuado.

²⁴⁴ El mismo artículo señala que “...los límites de prestaciones y beneficios sólo podrán expresarse en la moneda de curso legal o en unidades de fomento”. El tope de bonificación efectivamente se expresa en pesos en las cartillas de los planes consultados y, sin embargo, eso tampoco permite conocer el arancel directamente.

aranceles sólo se encuentra disponible en las sucursales, no así en las páginas web de las ISAPRE o en alguna página del sistema público.²⁴⁵

7.3 Precio lista y precio final de la prestación.

Los valores que otorga el plan, y los montos tope máximos expresados en pesos que indica la cartilla, permiten tener una noción sólo aproximada al precio final que tendrá una prestación bajo mi plan. Estos valores sólo cobran relevancia a la luz de un dato ajeno a los planes: el precio de lista de cada prestador. Será esa lista junto al convenio ISAPRE-Centro médico finalmente la que determine el copago para cada atención e insumo requerido por el paciente.

Estos precios lista no están incluidos en los planes, ni tampoco un valor referencial que pueda ser relacionado con el arancel directamente. Así, el porcentaje de cobertura puede ser un 90%, y el monto tope 3 VA, pero si el arancel de la ISAPRE representa un valor sustantivamente más bajo que el precio lista del prestador, el monto máximo asegurado no dará cuenta de cuáles son los valores reales finales que habrán de ser costeados por cuenta de la ISAPRE, por una parte, y del afiliado al plan, por otra.

Debe considerarse, por otra parte, que la publicación de los valores lista de los centros médicos no ha sido respetada rigurosamente. Una situación de ese tipo ya fue identificada por el SERNAC y la Superintendencia de Salud en el año 2011, cuyos titulares denunciaron a diez clínicas y centros privados de salud por no mantener una lista de precios publicada.²⁴⁶

En relación a las listas que fijan y publican los centros médicos, éstas tampoco tienen denominaciones ni agrupaciones comunes,²⁴⁷ ni con el sistema público, ni entre ellas, ni coinciden con las glosas de los planes de salud. En algunos casos para consultas

²⁴⁵ Si bien en algunas páginas se puede acceder siendo afiliado (como en Colmena Golden Cross), el arancel no está disponible para un usuario externo.

²⁴⁶ Las denunciadas fueron Integramédica, Vida Íntegra, Megasalud, Clínica Tabancura, Fundación Arturo López Pérez, Clínica Alemana, Clínica Dávila, Clínica Las Condes, Clínica Santa María.

²⁴⁷ Buscadores y listas de los principales centros médicos tienen divisiones y categorías con diferente grado de generalidad, y aunque en algunos casos se adjunta el código de FONASA para la prestación, la denominación es distinta y tampoco coinciden entre ellas. Como ejemplo, las listas de los exámenes ambulatorios (o la lista en la que éstos se encuentran incluidos) pueden ser revisadas en los siguientes vínculos: Clínica Dávila: <http://www.davila.cl/web/index.php/aranceles/examenes-ambulatorios.html>; Clínica INDISA: <http://www.indisa.cl/aranceles/>; Clínica Alemana: <http://portal.alemana.cl/wps/wcm/connect/internet/home/servicios+en+linea/aranceles>; Clínica Las Condes: <http://www.clc.cl/INFORMACION-AL-PACIENTE/Aranceles.aspx>; Centro Megasalud: <http://megasalud.coolnet.cl/Precios-Megasalud-2012/descargas/PROVIDENCIA.pdf>

ambulatorias, no existe un arancel del prestador y debe ser consultado para cada médico particular y en otros la lista simplemente no está disponible para cualquier usuario.²⁴⁸

El paciente, por tanto, sabrá el valor *ex post* y sólo de la prestación específica otorgada cada vez, lo que nuevamente hace improbable la toma racional de decisiones en éste ámbito, pues no podrá calcular por referencia a su plan qué prestador le conviene para cada prestación. Esto se agudiza en prestaciones de urgencia, hospitalarias y catastróficas, cuya planificación y control es mucho menor que en el de prestaciones ambulatorias.

Hay otra cuestión que distorsiona la claridad de la información y que dice relación con la relación que hay entre las ISAPRE y los prestadores: La modalidad de atención.²⁴⁹ En los planes de libre elección, los valores de cobertura y monto máximo de bonificación se mantienen uniformes para cualquier prestador de salud²⁵⁰, pero en los planes de prestador preferente, tenemos una variable adicional pues la preferencia implica por lo general la ausencia de tope máximo, un tope más alto, o un diferente porcentaje de cobertura.²⁵¹ A este respecto, hay planes que especifican que la prestación será preferente en cierta clínica u hospital, pero con el equipo especializado que tiene

²⁴⁸ En la Clínica Alemana se señala que las consultas médicas deben ser consultadas particularmente. <http://portal.alemana.cl/wps/wcm/connect/internet/home/servicios+en+linea/aranceles>. En la Clínica Tabancura se debe estar inscrito en la página para acceder al arancel 2012 <http://www.clinicatabancura.cl/>, en Megasalud los aranceles están divididos según la ubicación geográfica del centro de que se trate <http://megasalud.coolnet.cl/Precios-Megasalud-2012/index.html> y en Integramédica sencillamente no se encuentra publicado el arancel.

²⁴⁹ No se consideran los planes cerrados por ser casi irrelevantes en términos de cantidad de afiliados en la mayoría de las ISAPRE. De acuerdo al Boletín Estadístico del año 2011 hecho por la Superintendencia de Salud la cantidad de planes de modalidad cerrada para ese año fue de 628 planes, que representan un 1,2% del total de planes vigentes, con un total de 56.266 afiliados que representan el 3,9% del total de afiliados.

²⁵⁰ No obstante, se han observado ciertos planes comercializados como de Libre Elección que establecen precios diferenciados para cierto tipo de prestador particular. Así por ejemplo, el plan ELECCIÓN TOTAL 1600 de la ISAPRE Consalud, tiene una columna específica denominada Oferta Preferente. Esto no tiene sentido desde el punto de vista conceptual, donde es en los contratos de Prestador Preferente donde este tipo de condiciones son impuestas, y va en contra de la normativa vigente, específicamente del artículo 189 letra b) del DFL n° 1 de 2005, del Ministerio de salud.

²⁵¹ Agrava la distorsión el que, aunque el tope sea más alto, los porcentajes de cobertura varían, por lo que es difícil saber qué tan ventajoso es el prestador preferente. Así, por ejemplo, el Plan con prestador preferente MATERNIDAD BÁSICA PRO A1/12, disponible en el sitio web de la ISAPRE Banmédica, establece para modalidad de libre elección una cobertura de un 90% para materiales clínicos pero con un tope máximo de 90 UF. Para modalidad preferente, en cambio, la cobertura es de un 80%, pero con un tope de 240 UF. Como puede observarse, ni el porcentaje ni el tope máximo son iguales, por lo que no hay una referencia común que permita comparar fácilmente.

convenio con la ISAPRE, sin que se especifique en el plan qué equipo es, o cómo se accede a él.²⁵²

Este esquema hace prácticamente imposible para el afiliado a un plan (y especialmente para quién está por afiliarse y no puede acceder a toda la información) calcular cuáles son los precios reales que afrontará con el prestador preferente o con cualquier otro prestador, ni tiene un índice que permita comparar de acuerdo a sus propios criterios de elección y prioridades.

Esto, teniendo a la vista el hecho de que las prestaciones de salud son bienes de confianza, hace altamente impredecibles (aún después de un tiempo con el mismo plan) los gastos finales derivados de afiliarse a un plan u otro o de ir a un prestador u otro. En prestaciones de urgencia y hospitalarias se agudiza el problema. De una manera clara lo sentencia el estudio cualitativo realizado para la Superintendencia de Salud: *“La poca información concreta que existe para proyectar los costos específicos de una operación, costos del equipo médico, entre otros resalta la vulnerabilidad del cotizante cuando se enfrenta a experiencias fortuitas”*.²⁵³

7.4 Dispersión de precios.

La Superintendencia de Salud, en un informe desarrollado por el Departamento de Estudios y Desarrollo, en el año 2009, y el SERNAC en otro estudio realizado en el año 2011 hacen transparente lo que la complejidad de la información en los planes de salud mantiene opaco: hay una dispersión de precios que es difícil de explicar.

El primer estudio, *“Análisis de los Precios Establecidos en los Convenios de ISAPRE con los Principales Prestadores”*, se enfocó en la relación que había entre el seguro privado y el prestador para determinar la diferencia de precios existente para las prestaciones más relevantes en términos de frecuencia y/o representativas del gasto en salud, a la luz de los convenios celebrados.²⁵⁴ Así, por ejemplo, para la prestación *“Día Cama Cirugía (sala de 1 cama con baño)”*, los precios convenidos varían entre \$71.550 y

²⁵² El plan de prestador preferente ALEMANA 8000-77, para las prestaciones de hospitalización tiene convenio con la Clínica Alemana y Clínica Las Nieves, pero con la condición de que se trate del “STAFF AMCA” que significa Médicos Staff Clínica Alemana en convenio con Cruz Blanca. Lo mismo sucede en el Plan MATERNIDAD BÁSICA PRO A1/12, que para el prestador preferente Clínica Alemana, establece *“HMQ sólo con médicos s AMCA Clínica Alemana y con Convenio”*.

²⁵³ Superintendencia de Salud (2008b): 14.

²⁵⁴ Superintendencia de Salud (2009).

\$423.909.²⁵⁵ El precio promedio de los convenios para la misma prestación es de \$119.231. De la misma manera, la prestación “*Ecotomografía ginecológica pelviana femenina u obstétrica*” presenta precios de convenios que van desde los \$11.710 (Consalud en convenio con Hospital del Trabajador) hasta los \$97.021 (Banmédica y Vida Tres con Clínica Las Condes). El precio promedio logrado por los convenios para esta prestación es de \$24.017. Para estas mismas prestaciones, el estudio del SERNAC había recogido el precio de lista los prestadores de salud, lo que permite establecer el descuento promedio que realizan los prestadores en sus respectivos convenios, además de la diferencia existente en los aranceles de cada clínica. Para la última prestación descrita (Ecotomografía), los precios de lista van desde \$14.201 en Integramédica a \$61.400 en la Clínica Las Condes.

Los precios promedio, que generalmente están más cerca del mínimo, como puede observarse, también se diferencian bastante del arancel fijado por FONASA, cuestión que se repite innumerables veces, llegando a existir casos en los que el arancel FONASA para la modalidad de Libre Elección está incluso muy por debajo del promedio logrado entre convenios. Un ejemplo notable, en este sentido, se da para la prestación “*Resonancia magnética cráneo cerebro*”: el precio promedio logrado con los convenios entre ISAPRE-Centro Médicos es de \$243.654, con un precio de \$115.110 para el mejor convenio (Masvida con Clínica INDISA). El arancel único 2012 de FONASA para esta prestación, en modalidad de libre elección, es de \$139.700, con una bonificación de \$69.850.²⁵⁶

Dentro de las conclusiones del Estudio del SERNAC destacan las diferencias de precios en los exámenes en los precios de lista de los prestadores: diferencia de \$17.360 pesos

²⁵⁵ El menor precio convenio, es en este caso entre Colmena y el Hospital Clínico de la UC. El mayor, la ISAPRE Masvida y la Clínica Las Condes.

²⁵⁶ Lo que quiere decir que el afiliado a FONASA puede acceder al prestador que elija (público o privado) y pagará un copago final de \$69.850 por esta prestación. Otro ejemplo puede encontrarse para la prestación “*Ecotomografía ginecológica pelviana femenina u obstétrica*”, código 0980 en la lista de arancel FONASA 2012, donde el arancel para un prestador de tipo 3 (al que se le permite cobrar más caro) es de \$15.230, \$12.823 más barato que el promedio obtenido con los convenios ISAPRE-Centros Médicos. El “*Perfil Lipídico*” (Código 0231), tiene un valor arancelario (para prestadores de tipo 3) de \$7.010, por debajo de los \$10.051 que es el promedio logrado con convenios; el “*Ecocardiograma Doppler Color*” (Código 2257) tiene su arancel más caro fijado en \$78.180, esto es, \$14.011 por debajo de los \$92.191 en que se ubica el promedio de los convenios. Pueden compararse innumerables prestaciones mirando los documentos Superintendencia de Salud (2009) y la Planilla Modalidad Libre Elección 2012, disponible aquí: http://www.fonasa.cl/wps/wcm/connect/internet/sa-general/prestadores/aranceles/aranceles+2012?id=2dffeb2-e697-4f00-ad6a-23d89e12c41b&WCM_Page.ResetAll=TRUE&CACHE=NONE&CONTENTCACHE=NONE&CONNECTORCACHE=NONE&SRV=Page

tiene el examen “*Electrolitos Plasmáticos*”, cuyo precio mínimo es de \$1.340 (Hospital del Profesor) y el máximo es de \$18.700 (Clínica Alemana).²⁵⁷

Lo que más llama la atención es, evidentemente, que exista un sobrecargo en el precio final obtenido con un convenio por referencia al precio de lista. Clínica Las Condes, en el ejemplo anterior, sobrecarga su precio de lista en un 23% en su “convenio” con Masvida. No es este el único caso. El Hospital del Trabajador sobrecarga su precio de lista en un 4% en sus convenios con Banmédica y Vida Tres para la “*Mamografía bilateral*”; Clínica Santa María y Clínica UC recargan sus precios lista en un 50% en algunos de sus convenios con Banmédica y Vida Tres para el examen “*Orina Completa*”, al igual que la Clínicas Dávila y Las Condes que recargan sus precios lista en un 21,9% y 4,5% respectivamente para la misma prestación; Las Clínicas Dávila, Las Condes, Santa María, UC y el Hospital del Trabajador recargan sus precios lista desde un 18% hasta un 50% para el examen “*Perfil lipídico*” en sus convenios con las ISAPRE Banmédica y Vida Tres.

Estos son sólo algunos ejemplos, pues para la mayoría de las prestaciones analizadas en el Estudio hay algún convenio para el cual el precio final resulta ser más alto que el precio de lista.

Comparando los precios lista con el arancel FONASA, nuevamente sale a la luz las grandes diferencias existentes con el promedio de la prestación en el sistema privado. El arancel FONASA se encuentra generalmente bordeando el menor precio de lista disponible en el mercado. Pueden ser mencionados “*Ecocardiograma Doppler Color*”, “*Perfil Lipídico*” y “*Resonancia Magnética Cráneo Cerebro*”.²⁵⁸

Para sacar algunas conclusiones de estos datos, se debe distinguir entre los precios logrados con convenio y los precios de lista. Si bien es cierto que lo más notorio y a la vez digno de análisis es el exceso de precio de los convenios en relación a los precios de lista, esta cuestión será analizada más adelante en el apartado de integraciones verticales.

En relación a los precios de lista, es necesario transparentar el hecho de que no es posible determinar que la diferencia de precios se deba a alguna diferencia proporcional en calidad. Si fuera así, deberíamos concluir forzosamente que FONASA no está siquiera a nivel de la prestación promedio de mercado, afirmación que carecería completamente de fundamento pues no hay criterios ni homogeneidad en la información que pueda analizarse comparadamente. Por otro lado y aun existiendo

²⁵⁷ En convenio, el examen alcanza una diferencia de más de veinte veces, siendo de \$840 el mínimo y de \$17.936 el máximo informado. SERNAC (2011): 3.

²⁵⁸ SERNAC (2011).

índices de calidad que lograran explicar algún nivel de diferenciación, no se encuentra explicación razonable para una situación en la que un examen común de hemograma o perfil lipídico presenta una dispersión de hasta veinte veces su valor mínimo.

En el mismo sentido, un prestador privado con precio lista de \$423.528 para una resonancia magnética de cráneo cerebro, en convenio con FONASA, está aceptando que un afiliado al sistema público que lo elija pagará sólo \$139.700 por la misma prestación. Si el prestador privado tiene un convenio con FONASA es porque, en apariencia, le conviene recibir a ese tipo de afiliados, aún pagando un tercio de lo que cobra en su precio de lista.²⁵⁹ Todo parece indicar que los precios no reflejan precisamente diferencias en calidad, sino que responden a criterios ajenos.

Lo que es claro, es que no existe un indicador común que pueda mostrar una diferencia de calidad tal entre las prestaciones ofrecidas por el sistema público y el privado, o entre las prestaciones que ofrecen los diferentes prestadores privados. Es fundamental encontrar una explicación para la dispersión de precios y explicitar además de la acreditación, los diferentes beneficios y servicios adicionales que ofrece cada prestador que puedan dar luces al consumidor sobre qué bien está comprando, y tomar una decisión racional en relación a la cantidad de dinero extra que desea desembolsar por dichos servicios.

7.5 Cantidad de planes.

El número de planes ofrecidos es otro antecedente más que puede ser agregado a las variables que el consumidor debe considerar para tomar decisiones en este mercado. Pese a las recomendaciones de la Superintendencia de Salud para eliminar planes,²⁶⁰ hoy hay más de 50.000 planes vigentes y más de 12.000 que están siendo actualmente ofrecidos por las ISAPRE, aumentando en número año a año.²⁶¹ Los consumidores no son capaces de procesar semejante variedad de “productos”, ni una mínima porción de ellos. Según lo planteado por Agostini, los planes que efectivamente pueden ser evaluados alcanzan aproximadamente el 1% de los planes que están disponibles en el

²⁵⁹ Podría señalarse que el precio de lista no es, en realidad, el precio final cobrado por la Clínica puesto que la mayoría de sus pacientes vendrán con convenios. Clínica Alemana, que tiene ese precio para esa prestación, realiza un descuento promedio en sus convenios de un 9,3%. Clínica Las Condes, que tiene un precio similar, realiza un descuento promedio de 3,3%. Los precios con convenio, por lo tanto, no representan una gran variación en el cálculo final.

²⁶⁰ Superintendencia de Salud (2008c).

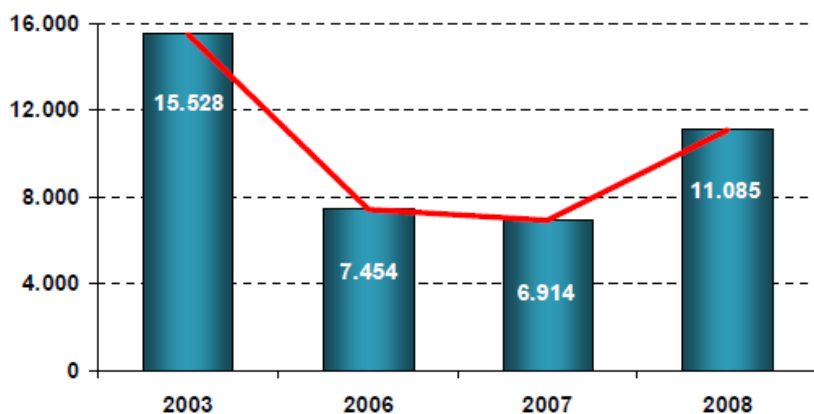
²⁶¹ 52.552 planes vigentes y 12.416 planes comercializados para el año 2012, según el Boletín Estadístico de la Superintendencia de Salud (2011). El número de planes vigentes varió en el último año un 2,7%.

mercado, y como ya se señaló, generalmente se conoce de la mano de la ISAPRE con la que se termina contratando. Esto explica, en ese mismo estudio, la fuerte resistencia al cambio que tienen los afiliados a las ISAPRE, pese al mediocre nivel de conformidad manifestado.²⁶²

En este mismo sentido se expresa la Superintendencia de Salud en su informe *Producto y Precio en el Sistema ISAPRE*, del año 2008. “Uno de los problemas importantes que todavía presenta el Sistema ISAPRE tiene que ver con la multiplicidad y complejidad del producto que se comercializa, condiciones que dificultan a los usuarios efectuar comparaciones que les permitan seleccionar el plan de salud más adecuado a sus necesidades y hacer un uso eficiente de los mismos”.²⁶³ En el marco de un esfuerzo conjunto entre este organismo público y la Asociación de ISAPRE de Chile, y con el objeto de disminuir las asimetrías de información existentes, se intentó una estandarización sistemática de los planes de manera de reducir el número de ellos que se comercializa. Esto constituiría un avance en transparencia y competitividad por precio y calidad del sistema.

Estos esfuerzos se vieron reflejados hasta el año 2008 en lo que fue una significativa baja en la cantidad total de planes comercializados, de acuerdo al siguiente gráfico:

**Evolución de la Oferta de Planes Complementarios de Salud
2003 a 2008**



Fuente: Elaborado por el Departamento de Estudios y Desarrollo de la Superintendencia de Salud, a partir de la Información del Archivo Maestro de Planes Complementarios

Gráfico 16

²⁶² “El cambio de plan se utiliza un mecanismo para enfrentar alzas del costo del plan por parte de las ISAPRE más que una oportunidad para ajustar las condiciones y beneficios del plan” Superintendencia de Salud (2008b): 23.

²⁶³ Superintendencia de Salud (2008c): 3.

Desde ese año hasta el 2012 la cantidad de planes sólo ha tendido a seguir aumentando, por lo que si bien el intento de la Superintendencia iba en el sentido correcto, no resultó ser suficiente, pues la tendencia que entonces apenas se visualizaba se ha mantenido constante durante los últimos cuatro años.

7.6 Índices de Calidad.

Para avanzar en el esclarecimiento y solución de los problemas tratados en los puntos anteriores, se debe hacer importantes esfuerzos por delimitar los criterios que serán válidos para determinar la calidad de un prestador de salud y hacerlo público y accesible. Esto permitiría que la elección de un consumidor sea racional en términos de sus propias jerarquías y dimensiones de valor, es decir: que elija conforme a lo que le parece razonable elegir.

Los problemas presentes en esta área fueron parcialmente identificados con anterioridad. Al no ser comparables ni los planes de salud, ni la calidad de los prestadores, y habiendo una cantidad de información inaccesible, difícil de comparar (y por tanto inútil), el consumidor sólo puede decidir teniendo a la vista los datos procesados por algún tercero. En algún sentido este es el punto ciego de los mercados de salud en cuanto a información: hay una especie de límite cognitivo que impide al usuario promedio procesar la cantidad disponible en el mercado, y el que las prestaciones sean bienes o de experiencia o de confianza agudiza su incapacidad para comprender y evaluar lo recibido.

Este problema puede ser analizado comparando los criterios de calidad que esgrimen los encuestados del estudio realizado por Critería para la Superintendencia y la FNE con los criterios que la OECD tiene por relevantes para la elaboración de sus informes.

En la elección de sus planes los encuestados del estudio cualitativo realizado por Critería Research, coinciden en la importancia que le atribuyen a la cobertura y prestaciones asociadas a una hospitalización, en contraposición a las prestaciones ambulatorias. Es ese el eje de valoración de un plan de salud.²⁶⁴ Asociados al primer concepto, se encuentran varios “bienes” que importan a la hora de decidir el plan de salud. Los identificados en este estudio fueron principalmente los siguientes:

- a) Convenios con clínicas
- b) Cobertura para ser atendido con médico especialista o médico tratante.
- c) Proceso de pago de licencias rápido y sin complicaciones.

²⁶⁴ Sobre todo en segmentos de mayor edad y mayores ingresos. Fiscalía Nacional Económica (2008).

- d) Anticipación de los costos finales.
- e) Transparencia precios.
- f) Convenios especiales y con prestadores cercanos en caso de urgencia.
- g) Calidad de prestadores

En relación a los prestadores de salud, un estudio para la Fiscalía Nacional Económica realizado también por Criteria Research en 2008, se destacan seis elementos fundamentales de valoración:²⁶⁵

- Prestigio/Trayectoria de la institución.
- Asociación a instituciones de prestigio.
- Figuración pública (ausencia de noticias negativas y presencia de positivas).
- Infraestructura General.
- Perfil del usuario asociado
- Precio (señalización de calidad mediante el precio, en el sentido de “mientras más caro es mejor”).

Si se da lectura al informe de la OECD sobre calidad,²⁶⁶ se desprenden varios criterios según el área de que se trate. Ninguno, sin embargo, aparece mencionado directamente por los encuestados en sus propias “dimensiones de valor”.

Resulta un criterio clave en la atención primaria, por ejemplo, que ésta evite que las personas vayan a centros de salud innecesariamente. Una tasa alta de ingresos no planificados a los hospitales indicaría, en este sentido, una falla en el cuidado de este nivel. En relación a cuidados intensivos, tratamientos rápidos y efectivos, medidos a través de tasas de supervivencia son los principales criterios de calidad. Lo mismo para el cuidado del cáncer, donde las tasas de mortalidad y supervivencia han demostrado

²⁶⁵ Al separar las prestaciones por tipo, lo que se valora es diferente. Así, para las prestaciones **ambulatorias** lo esencial es rapidez, comodidad y un diagnóstico acertado. Los criterios utilizados para evaluar esos bienes son variados: Cercanía, accesibilidad, rapidez en obtención de hora, canales remotos de atención, prestigio, calidad profesional, modernidad, tecnología. En **hospitalización**, en cambio, se valora principalmente la seguridad y confianza, control y posibilidad de anticipar costos, cuyos criterios de valoración son, entre otros: infraestructura, pulcritud, buenas habitaciones, capacidad técnica, prestigio, modernidad, transparencia. En el “mundo” de los exámenes se valora lo económico, cómodo y rápido y para evaluarlos se utilizan los siguientes criterios: Cercanía, accesibilidad, prestigio, calidad profesional, tecnología. Fiscalía Nacional Económica (2008): 18 y ss.

²⁶⁶ OECD (2010).

ser la mejor manera de medir calidad. La salud mental por su parte puede tener su indicador negativo en los reingresos no planificados a los centros de salud, pues muestra una coordinación pobre tras la estadía por trastornos psiquiátricos.

La seguridad del paciente, un valor que sí se encuentra dentro de las prioridades de los consumidores, ha intentado ser medida por el HCQI²⁶⁷ a través de múltiples indicadores: infecciones al torrente sanguíneo provocadas por catéter, embolia pulmonar postoperatoria, trombosis venosa profunda, cuerpos extraños dejados durante el procedimiento, infecciones postoperatorias, entre otros.

Como puede desprenderse de lo anterior, existe una diferencia no tanto en lo que es valorado como bien final (efectividad o seguridad), sino en los criterios que son usados para medir dichos bienes. El usuario sabe qué es lo que quiere pero no sabe con qué criterios puede evaluar esos “valores”. No tiene herramientas para ello, pues, entre otras cosas no puede recolectar datos, no sabe cómo diferenciar un indicador de otro, ni puede distinguir entre lo que es propiamente “calidad” y otros factores como acceso y precio.

Si a eso le sumamos el hecho de que en la elección de un prestador, las limitantes impuestas por las ISAPRE prácticamente son determinantes²⁶⁸ y que, por lo tanto la calidad del prestador no juega el rol principal para cada elección,²⁶⁹ podemos concluir que es altamente improbable que los prestadores privados compitan por calidad, o que esa calidad sea reflejo de un proceso competitivo.

Es fundamental, por ello, que los criterios sean invertidos: la información que los consumidores tengan sobre prestadores debe ser la principal guía en materia de salud y no a la inversa, esto es, que el plan de salud condicione el resto de sus elecciones. Para esto basta con que un porcentaje importante de consumidores esté informado para que la competitividad del sistema aumente, dice la OFT.²⁷⁰ La pregunta es nuevamente quién debe cumplir el rol principal que ayude a los usuarios a procesar la información disponible en miras a una mejor toma de decisiones.

²⁶⁷ El Health Care Quality Indicators, es un proyecto de la OECD para medir y comparar la calidad de servicios médicos en diferentes países.

²⁶⁸ A excepción del segmento C1C2, que elige su plan de salud por referencia al prestador. Fiscalía Nacional Económica (2008):11.

²⁶⁹ Contrariamente a las recomendaciones hechas por el estudio en comento. Fiscalía Nacional Económica (2008): 29. *“La variable prestadores debiera jugar un rol importante en el proceso de decisión, por lo tanto, es para ese minuto donde esta información debiera estar disponible”.*

²⁷⁰ OFT (2012): 55.

En relación a la calidad, no hay una participación de organismos estatales que represente un verdadero aporte y logre una mediación efectiva entre prestadores y usuarios. El sistema de acreditación, como un mínimo de aseguramiento de la calidad, no es suficiente para establecer diferencias sustantivas entre prestadores.²⁷¹

8. CAUTIVIDAD.

8.1 Presupuestos conceptuales.

Se ha indicado que uno de los principales síntomas de los problemas de eficiencia del sistema de ISAPRE corresponde a la cautividad.²⁷² En este acápite repasaremos algunas de las fallas de mercado y particularidades de los seguros médicos ya indicadas anteriormente pero enfocadas al presente tema.

La condición de cautividad se refiere a aquellos beneficiarios del sistema ISAPRE que son parte de un contrato cautivo. A su vez, este tipo de contrato, es aquel en donde existe al menos un beneficiario que posee una patología de cautividad y/o es mayor de 60 años. Dentro de un contrato de seguro médico existe un cotizante. Pero además, pueden existir más beneficiarios en forma de cargas. De esto obtenemos que en un mismo contrato (cautivo) puedan convivir beneficiarios sanos con beneficiarios que provoquen la condición descrita.

La cautividad opera como un problema doble. Por una parte expresa la política de selección adversa de riesgos de las aseguradoras y, por otra, la imposibilidad de algunos agentes de desplazarse entre productos, lo que produce serias ineficiencias, puesto que no podrán suscribirse a los contratos que ofrezcan mejores precios o calidad de prestaciones.

Las ISAPRE han paleado este problema, obteniendo información de los episodios de salud anteriores de sus futuros afiliados, particularmente conociendo sus antecedentes médicos (conocidos como preexistencias) llegando incluso a negar la suscripción del seguro o a ofrecerla a costos altísimos a aquellos sujetos con mal historial médico²⁷³ (otra forma paralela de enfrentar el problema es limitando la cobertura del seguro). El problema está en que las ISAPRE busquen obtener mayor rentabilidad por esta vía que aumentando la eficiencia en la prestación de sus

²⁷¹ Ver Superintendencia de Salud: Sistema de Acreditación de Prestadores Institucionales.

²⁷² Superintendencia de Salud (2009a:1)

²⁷³ Ídem.

servicios. Esto es lo particularmente gravoso para los clientes cautivos, que no pueden desplazarse entre productos buscando aprovechar las eficiencias en la mejor combinación éstos. Por último, la selección adversa hace desplazar a otras aseguradoras a los individuos riesgosos, aumentando el costo de las primas en éstas (donde existe un pool con un promedio de riesgo mayor). Actualmente, este desplazamiento se produce principalmente a FONASA, dado que muchos clientes cautivos no pueden mantener los costos de los contratos con ISAPRE. Por lo tanto, se perfecciona continuamente la selección se riesgos: los sujetos más riesgosos que no pueden seguir pagando la prima del seguro se ven forzados a migrar al sistema público.

8.2 Magnitud del problema.

El sistema ISAPRE poseía un 30,3%²⁷⁴⁻²⁷⁵ de personas potencialmente cautivas²⁷⁶ respecto del total de la cartera, lo que quiere decir que casi un tercio de la cartera de beneficiarios posee restringidas sus posibilidades de movilidad entre productos.

Luego, resulta importante destacar el análisis por edad. El 51% de los cotizantes cautivos adquiere tal categoría por edad (cumplir 60 años o más) y solo el 49% por poseer una enfermedad de cautividad. Tendiendo esta cifra sobre el total de la cartera de clientes de las ISAPRE resulta que el 11% son cautivos por edad. Sin embargo, solo el 1,4% de los beneficiarios del sistema son cautivos por edad y además presentan una patología de este tipo.²⁷⁷

Si bien se ha reconocido que la edad es uno de los factores determinantes del gasto sanitario, es menor que la información que se pueda detallar sobre las patologías de los individuos.²⁷⁸ En otras palabras, tenemos un 11% del total de los beneficiarios de la cartera de ISAPRE cautivos exclusivamente por la edad que poseen, siendo individuos

²⁷⁴ Superintendencia de Salud (2009a:6)

²⁷⁵ En lo sucesivo se utilizarán los datos contenidos en el Informe “Magnitud y Características de la Cautividad en el Sistema ISAPRE” pues es el único informe pormenorizado que se dedica a comparar en forma exhaustiva el comportamiento de los cotizantes cautivos comparando dos años (2007-2008).

²⁷⁶ Las personas potencialmente cautivas son aquellos que son cautivos por edad y/o por poseer alguna patología que genera esta condición incluyendo tanto a quienes poseen la voluntad de cambiarse de plan de ISAPRE como aquellos que no.

²⁷⁷ Superintendencia de Salud (2009a:9)

²⁷⁸ Superintendencia de Salud (2009b:26)

sanos en relación a las patologías que provocan la condición de cautivo activo (lo que se definirá en el próximo párrafo).

Un dato interesante se basa precisamente en la distinción entre cotizantes cautivos activos versus cotizantes cautivos pasivos.²⁷⁹ Del 30% aproximado de personas cautivas totales del sistema ISAPRE, solo el 15,4% corresponden a cautivos activos. Lo que quiere decir que un 14,6% de los beneficiarios del sistema ISAPRE están cautivos sin que exista ninguna justificación en términos de riesgo, para tal situación (lo que incluye a los contratos cautivos únicamente por vejez, reseñados en el párrafo precedente).

Nuevamente en este punto obtenemos un porcentaje considerable (14,6% del total del sistema) de beneficiarios cautivos sin que su condición de salud represente un riesgo mayor a otro individuo que no está adscrito a un contrato cautivo.

Por último, cabe analizar la movilidad de los cotizantes cautivos y el resto de los cotizantes.

Solo un 2,9% de los beneficiarios totales del sistema, fueron beneficiarios cautivos que se cambiaron entre ISAPRE. A su vez, un 7,4% salieron del sistema para pasar a FONASA.

Quizás este sea el punto más interesante. En el caso de los beneficiarios no cautivos, el 10,6 % del total de la cartera pudo cambiarse entre ISAPRE.

Los cotizantes no cautivos presentan una movilidad entre ISAPRE más de 3 veces mayor que los cotizantes cautivos, lo que confirma el síntoma descrito.

A pesar de lo señalado, parece no existir un vínculo directo o un patrón entre la magnitud de la cautividad dentro de una ISAPRE versus los resultados financieros que obtenga. Las coberturas financieras que obtienen parecen establecer un margen suficiente para permanecer en el mercado con altos niveles de rentabilidad.²⁸⁰

Además, en términos de riesgo los beneficiarios cautivos responden a las expectativas y poseen un índice de siniestralidad alto. Sin embargo, se puede concluir la existencia de un subsidio desde otros segmentos y/o el resto del pool a los contratos cautivos generados exclusivamente por enfermedad. Esto pues las ISAPRE parecen controlar mejor la vejez, registrando índices de siniestralidad por debajo de la media general.²⁸¹

²⁷⁹ Los primeros corresponden a aquellos beneficiarios del sistema ISAPRE que poseen una patología que provoca cautividad. Los segundos son aquellos beneficiarios que no cumplen esta condición.

²⁸⁰ Superintendencia de Salud (2009a:33)

²⁸¹ Ídem.

Con todo, los datos proporcionados por las ISAPRE y los contenidos en la Superintendencia de Salud no permiten hacer un análisis lo suficientemente exhaustivo como para determinar la magnitud que podría tener la cautividad en términos de costos y riesgo para las ISAPRE y, de igual manera, respecto de los subsidios de los clientes cautivos pasivos hacia los clientes pasivos activos.

8.3 El problema de la reajustabilidad de los planes de salud, los clientes cautivos y el criterio de los tribunales de justicia.

A través de una serie de recursos de protección fallados por nuestras Cortes, presentados por los afiliados contra sus ISAPRE, se ha cuestionado a grandes rasgos la justificación de las alzas de los precios base de los planes de salud. En su razonamiento, han estimado que el alza de precios base no se encontraba suficientemente acreditada, vale decir, se consideró que las ISAPRE no habían comprobado la verificación de un cambio efectivo en el valor de las prestaciones médicas.²⁸² El caso del abogado Carrasco Vásquez c/Vida Tres, el año 2002, fue uno de los primeros casos en que los tribunales de justicia comenzaron a pronunciarse sobre reajustabilidad de los planes de salud, en particular, para el caso de los clientes cautivos. La Corte Suprema falló favorablemente, admitiendo la falta de justificación para el cambio en el valor del seguro contratado.²⁸³

En consecuencia, se ha condicionado la facultad revisora de las Instituciones de Salud que le ha sido concedida por la legislación vigente respecto al valor de los planes base frente a una variación del valor económico de las prestaciones médicas. Las Cortes han exigido que la referida facultad revisora posea razonabilidad en sus motivos, esto es, que la revisión responda a cambios efectivos y verificables. Cuando dichas circunstancias no han sido acreditadas por la ISAPRE, se ha considerado que la adecuación de los planes ha vulnerado las garantías constitucionales contenidas en los numerales 9 (que consagra el Derecho a la Protección de la Salud) y 24 (que consagra el derecho de propiedad) del artículo 19 de nuestra Constitución.

²⁸² Corte de Apelaciones, Roles N° 5369-2006, 7114-2007, 5190-2010; Corte Suprema Roles N° 4271-2010 y 2935-2010.

²⁸³ Corte de Apelaciones, Rol N° 3656-2002, confirmado por la Corte Suprema.

PARTE 4. MERCADO DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.

1. FONASA

Conforme a los datos presentados por Clínicas de Chile A.G., la distribución en el pago de prestaciones tiene una relación similar a la de la afiliación a cada uno de los sistemas, distribuyéndose las prestaciones en cada seguro de acuerdo a la siguiente proporción:



Fuente: Clínicas de Chile A.G. (2012).

Gráfico 17

Lo que este gráfico indica es que, no obstante el 75,1% de las prestaciones en el ámbito de la salud son pagadas por FONASA, un 54,5% de las prestaciones se entregan en modalidad institucional (es decir, mediante prestadores que pertenecen a la institucionalidad del sistema público –incluidos privados que tengan un convenio en calidad de prestador institucional, que son los menos-) mientras que un 20,6% se entrega en Modalidad de Libre Elección (MLE).

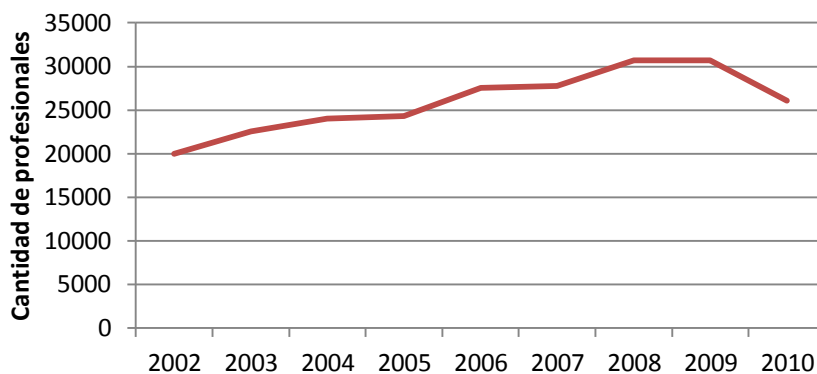
En la Modalidad Institucional, las prestaciones son otorgadas por los establecimientos asistenciales de los Servicios de Salud y, excepcionalmente, por instituciones privadas que han firmado convenios en esta modalidad. En esta forma de elección el prestador está limitado y el copago es normalmente inexistente o comparativamente bajo.²⁸⁴

²⁸⁴ Los afiliados FONASA son clasificados en 4 grupos: A, B, C y D, según su nivel de ingresos y el número de personas que dependan del afiliado (cargas legales). Actualmente los grupos A y B no efectúan copago alguno por las prestaciones que reciben en Modalidad Institucional, mientras que C y D tienen copagos de 10% y 20% respectivamente, calculados sobre la base de un arancel que establece el Ministerio de Salud. De acuerdo a la última reforma, todos los afiliados a FONASA pueden acceder a la

En la MLE, el beneficiario de FONASA tiene la libertad de elegir el profesional o prestador que le entregará la prestación requerida. Para esto, FONASA celebra convenios con diversas instituciones privadas, las que se obligan a no cobrar a los afiliados de FONASA más que la suma establecida en el arancel que dictan el Ministerio de salud y el ministerio de Hacienda a proposición de FONASA y que establece los valores de las prestaciones en la MLE. Dos prestaciones hacen excepción a la regla anterior, pudiendo el prestador privado cobrar un valor superior al establecido en el arancel (debiendo el afiliado pagar la diferencia entre la cobertura de FONASA y el precio que cobre el prestador). Estos son: 1) días cama y 2) derecho de quirófano o pabellón o sala de procedimiento.

Al revisar la cifra de prestadores inscritos en Fonasa en esta modalidad, se encuentra que el número de profesionales se incrementó en el periodo 2002-2009, sin embargo como se observa en la figura 1, en el año 2010 se genera una caída en el número total de profesionales en esta modalidad. Esta caída se explica por una reducción generalizada en las distintas categorías de profesionales, y en todas las regiones del país, excepto la región XIV que registró un incremento de 40 profesionales.

**Profesionales inscritos en modalidad libre elección a
Diciembre de cada año**

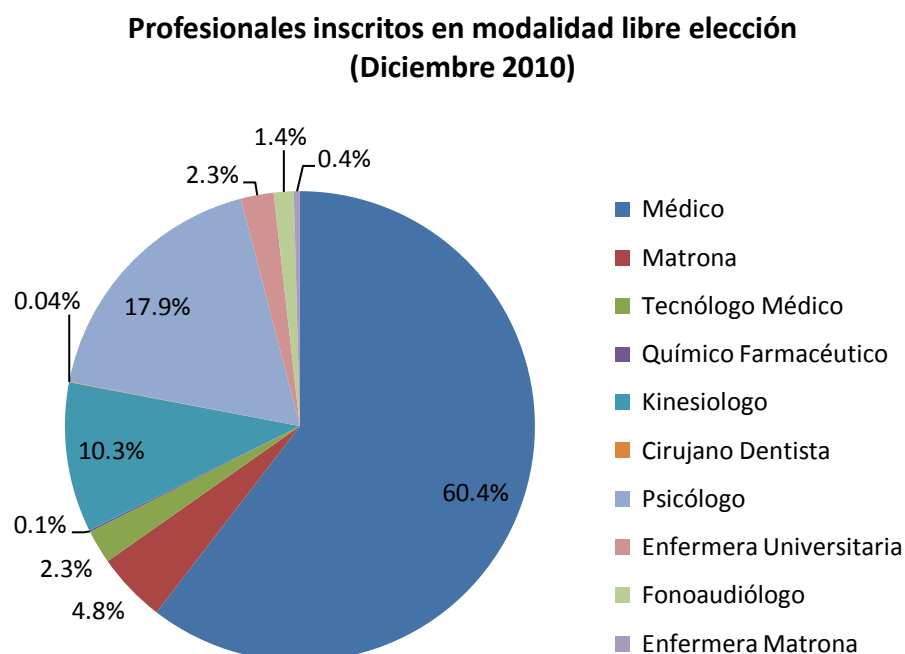


Fuente: FONASA

Gráfico 18

modalidad de libre elección (incluso los miembros del grupo A, tradicionalmente excluidos de esta modalidad, el que contempla principalmente indigentes, personas con pensiones asistenciales y causantes de subsidio único familiar).

A nivel país, el 60% de los profesionales inscritos a Diciembre del 2010 en la modalidad de libre elección correspondía a médicos, los cuales vieron reducida su participación porcentual con respecto al 2002, año en el cual correspondía a un 70%.

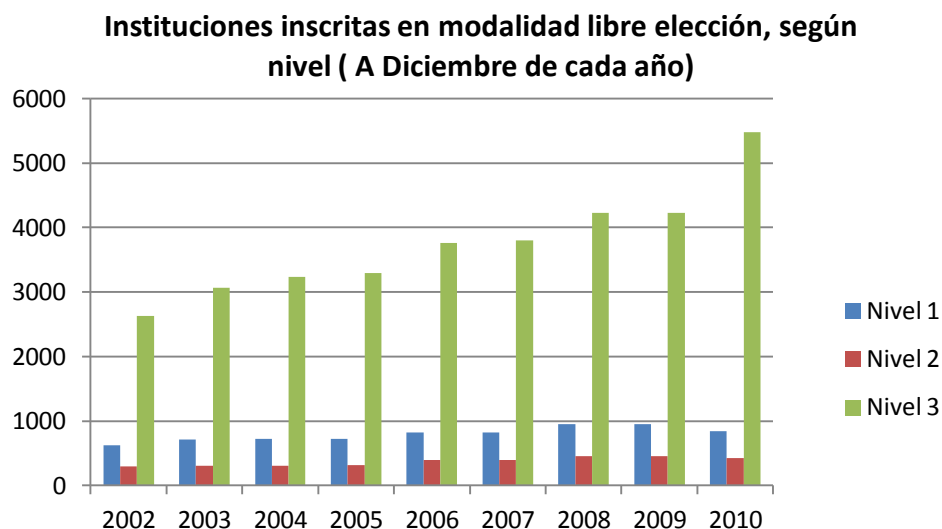


Fuente: Fonasa

Gráfico 19

Por su parte, las instituciones inscritas en esta modalidad de libre elección se incrementaron en un 90% en el periodo 2002-2010. La mayor variación se visualizó en las instituciones ligadas al nivel 3, las cuales pasaron de 2632 a 5475 instituciones, lo que corresponde a un incremento de un 108%. Los niveles 1 y 2, presentan variaciones de un 36% y 45% respectivamente, sin embargo sus niveles se mantienen acotados.

Figura 3



Fuente: Fonasa

Gráfico 20

2. ISAPRE

Para la entrega de prestaciones del plan de salud complementario, el art. 189, letra b) del DFL N°1 de 2005 (MINSAL) establece que “el mismo podrá contener **una o más** de las siguientes modalidades”:

- **“Plan libre elección:** aquél en que la elección del prestador de salud es resuelta discrecionalmente por el afiliado o beneficiario, sin intervención de la Institución de Salud Previsional.

Para efectos del otorgamiento de las prestaciones de salud en la modalidad de libre elección cuya cobertura financiera se efectúe por la vía del reembolso, la Institución de Salud Previsional deberá pagarlas de acuerdo al plan, sin supeditarla a que los prestadores mantengan convenios con la Institución o estén adscritos a ella.

- **Plan cerrado:** aquél cuya estructura sólo contempla el financiamiento de todas las atenciones de salud a través de determinados prestadores individualizados en el plan, no previéndose el acceso a las prestaciones bajo la modalidad de libre elección.

- **Plan con prestadores preferentes:** aquél cuya estructura combina la atención bajo la modalidad de libre elección y el financiamiento de beneficios a través de determinados prestadores previamente individualizados en el plan.”

En el caso de estos dos últimos planes, la ley indica (mismo artículo y letra) que “cada vez que el plan de salud asocie el otorgamiento de un beneficio a un determinado prestador o red de prestadores, deberá indicarse en dicho plan el nombre del o los prestadores institucionales a través de los cuales se otorgarán las prestaciones, sean éstas ambulatorias u hospitalarias.”

La cantidad de planes en cada una de estas categorías, aumentó en distinta proporción durante el periodo 2006-2011, generando un cambio en la estructura de planes del sistema, observándose un incremento en el porcentaje de planes de libre elección (Figura 4). Sin embargo, al revisar esta información en relación al número de cotizantes en cada tipo de plan, nos encontramos con un incremento en el porcentaje de personas que eligen planes con prestador preferente (Figura 5).

Conforme a los datos para entregados por la Superintendencia de Salud, a diciembre de 2011, los planes de libre elección representan un 50,3% de los planes vigentes y agrupan a un 42,2% de los cotizantes, mientras que los planes con prestador preferente representan un 48,4% de los planes vigentes y agrupan a un 53,9%. Esto muestra que los planes con prestador cerrado son marginales y relativamente insignificantes frente al grueso de los prestaciones de salud, por lo que pueden ser considerados en conjunto con los planes con prestador preferente, para efectos de lo que se dirá a continuación

Estructura % de planes vigentes

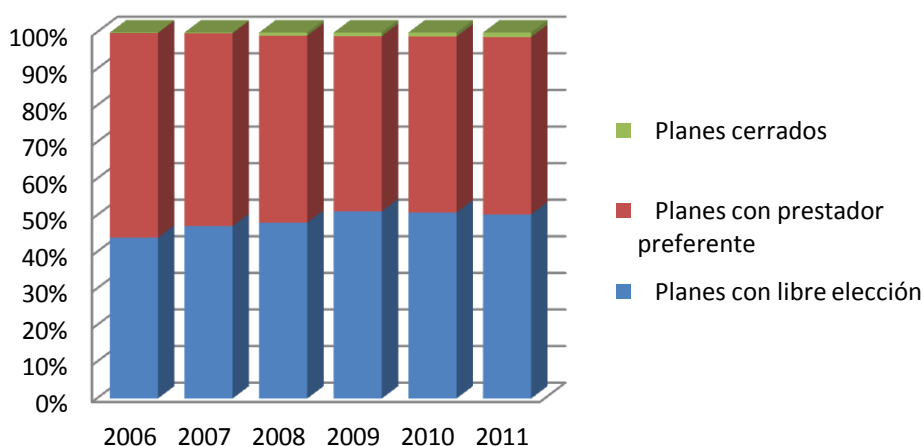


Gráfico 21

% de cotizantes por tipo de planes

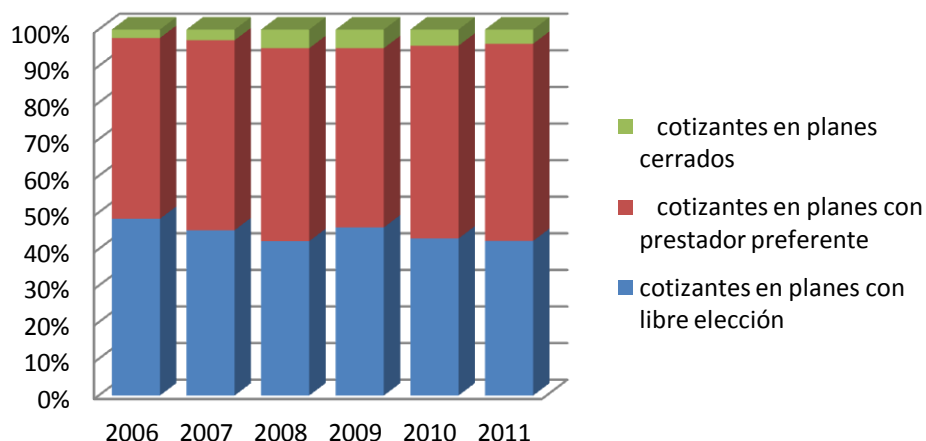
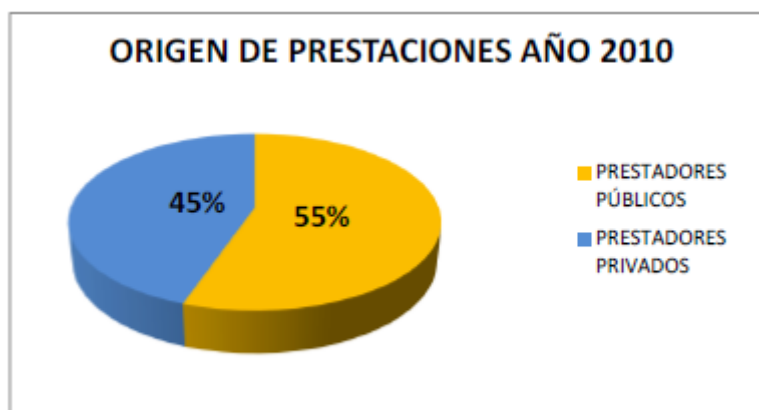


Gráfico 22

3. PARTICIPACIÓN DE LOS PRESTADORES EN LAS PRESTACIONES DE SALUD

En base a lo anterior, podemos notar que, no obstante FONASA reúne claramente el mayor número de beneficiarios, la participación de los prestadores en la entrega de prestaciones de salud se encuentra distribuida de forma más homogénea entre el sistema público y privado, dando indicios de una mayor complementariedad. Así, por ejemplo, el cuadro siguiente muestra la participación de cada prestador en el total de las prestaciones del sistema:



Fuente: Clínicas de Chile A.G. (2012).

Gráfico 23

Estos datos, desagregados según el tipo de prestación, son los siguientes:

PRESTACIONES	AÑO 2008	AÑO 2010
Atención Médica	50%	51%
Días Cama (*)	15%	15%
Exámenes Diagnóstico	35%	35%
Intervenciones Quirúrgicas (incl PAD)	33%	34%
Proc. Apoyo Clínico y Terapéutico	83%	84%
TOTAL	44%	45%

(*) No incluye camas recuperación.

FUENTE: Clínicas de Chile, elaborado en función a cifras FONASA y Superintendencia de Salud.

Tabla 19

Esto muestra, por ejemplo, una importante participación de los prestadores privados en “atenciones médicas”, debido, principalmente, a los bajos costos de entrada a dicho mercado, y la gran cantidad de consultas privadas que existen en Chile (es decir, consultas de médicos que funcionan de forma independiente, sin vinculación directa con un complejo hospitalario).

De los datos señalados más arriba, puede observarse también una importante participación de los prestadores privados en la realización de exámenes de diagnóstico e intervenciones quirúrgicas, donde representan más de un tercio del sistema. No obstante lo anterior, y en consonancia con la forma de bonificación que existe para estas prestaciones en la MLE, los prestadores privados proveen sólo un 15% de los “días cama” (hospitalizaciones) del sistema, porcentaje cercano (un poco menor) al total de afiliados al sistema de ISAPRE.

Lo anterior muestra que existe una importante complementariedad entre los prestadores públicos y privados de salud en la entrega de ciertas prestaciones. Los prestadores privados tienden a destacar esta estructura del mercado cuando consideran a los afiliados a FONASA pertenecientes a los grupos C y D como potenciales demandantes.

Si se analiza esta hipótesis desde el punto de vista de las prestaciones que se demandan en el mercado, las proporciones son las siguientes:

AÑO 2010

ORIGEN DE PRESTACIONES OTORGADAS POR PRESTADORES PRIVADOS (%)

	FONASA MLE	ISAPRES	TOTAL
Atención Médica	53%	47%	100%
Días Cama (*)	21%	79%	100%
Exámenes Diagnóstico	46%	54%	100%
Intervenciones Quirúrgicas (incl PAD)	36%	64%	100%
Proc. Apoyo Clínico y Terapéutico	39%	61%	100%
TOTAL	46%	54%	100%

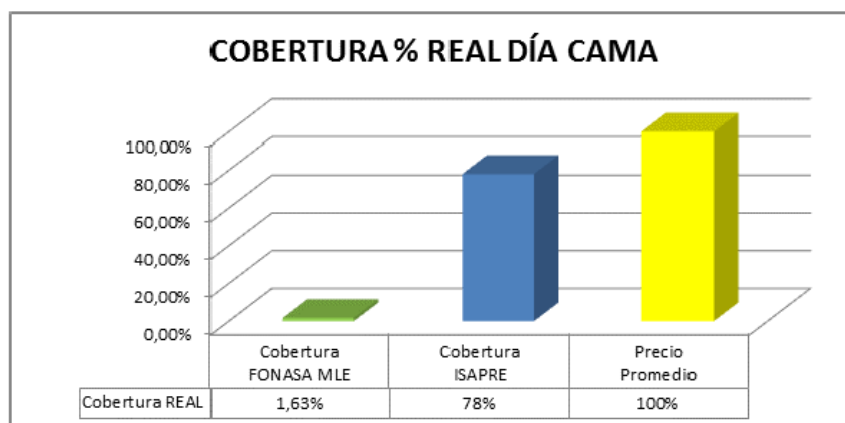
(*) No incluye camas recuperación

Fuente: Clínicas de Chile A.G. (2012).

Tabla 20

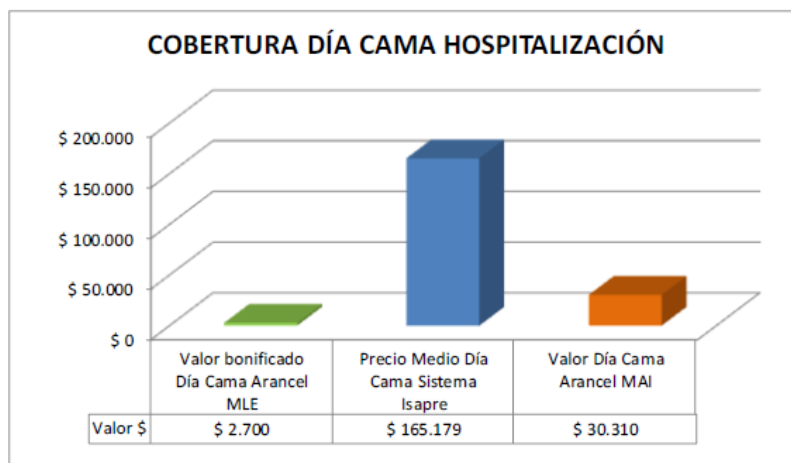
Conforme a estos datos, la MLE representa una demanda importante para los prestadores privados, llegando a ser incluso más importante que la demanda de los afiliados a ISAPRE en el ítem de “Atención Médica”. Los prestadores privados hacen bien en considerar a los grupos C y D de FONASA como potenciales consumidores, toda vez que serán ellos los que hagan mayor uso de la MLE (dado los copagos que existen en esta modalidad).

La complementariedad entre ambos prestadores se ve seriamente disminuida en la prestación “día cama”, es decir, en el ámbito de las hospitalizaciones. La demanda por esta prestación proviene mayoritariamente de afiliados a ISAPRE y representa, de hecho, una proporción baja del total de la demanda en el sector (sólo un 15% de la misma es satisfecha por el sector privado, según se indicó más arriba). La explicación puede encontrarse en las diferencias de precio de dicha prestación entre el sistema público y el privado, así como la cobertura que ofrece la MLE para dicha prestación (en la que, como se indicó más arriba, el arancel de FONASA tiene un valor puramente referencial):



Fuente: Clínicas de Chile A.G. (2012).

Gráfico 24



Fuente: Elaboración Clínicas de Chile con Información FONASA y Superintendencia de Salud.

Notas: Valor MLE y MAI año 2011. Precio Isapre, cifra al año 2010.

En concordancia con lo anterior, el sector público es el principal proveedor en materia de hospitalización a nivel nacional, lo que se ve reflejado tanto en el volumen de prestaciones, como en la cantidad de camas que aporta el sistema público al sector, en comparación con el sistema privado:

COMPOSICIÓN CAMAS TOTAL PAÍS ABRIL 2011

	N° CAMAS	%
SISTEMA PÚBLICO (*)	27.245	69%
MUTUALES	952	2%
CLIN. PSIQUIAT, CENTROS GERIATRÍA, RECUPERAC.	1.380	3%
INSTITUCIONALES (FF.AA., UNIV., COBRE, ETC)	3.463	9%
OTROS (CONIN, TELETÓN, DIÁLISIS, ETC)	367	1%
CLÍNICAS PRIVADAS (mínimo 10 camas)	6.101	15%
TOTAL CAMAS PAÍS	39.508	100%

(*) Inf. Minsal 2009

Fuente: Clínicas de Chile A.G. (2012).

Tabla 21

% PRESTACIONES TOTALES SISTEMA (PÚBLICO + PRIVADO) AÑO 2010

(no incluye Atención Primaria Municipal)

	PRESTADORES PÚBLICOS	PRESTADORES PRIVADOS	TOTAL
Atención Médica	49%	51%	100%
Días Cama (*)	85%	15%	100%
Exámenes Diagnóstico	65%	35%	100%
Intervenciones Quirúrgicas (incl PAD)	66%	34%	100%
Proc. Apoyo Clínico y Terapéutico	16%	84%	100%
TOTAL	55%	45%	100%

(*) No incluye camas recuperación

FUENTE: Clínicas de Chile, elaborado con base FONASA y datos Superintendencia de Salud.

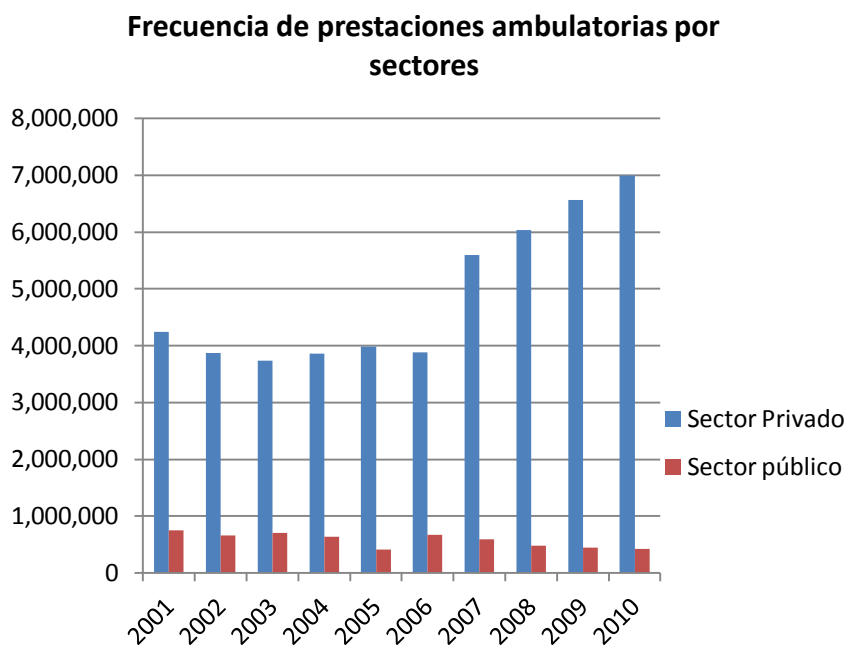
Tabla 22

Los prestadores públicos, por tanto, atienden un 85% de la demanda por días cama en el sector y proveen un 69% de las camas disponibles a nivel nacional.

Si se analizan los datos según los principales prestadores vinculados al sistema de ISAPRE (es decir, a los prestadores que mayor número de prestaciones proveen a afiliados al sistema de ISAPRE), veremos que la mayor parte de los afiliados son atendidos por el prestadores privados.

Los cotizantes de las ISAPRE una vez adoptado un plan, podrían tener la opción de elegir el prestador de su interés, independiente del sector al cual pertenezca. En la figura 6 se observa que durante el periodo 2001-2010, la mayor parte de las

prestaciones ambulatorias fueron realizadas por prestadores privados, registrando en promedio un porcentaje superior al 90% de éstas. Junto con esto, se visualiza que a partir del 2005, las prestaciones ambulatorias del sector privado en frecuencia se han incrementado, mientras que las del sector público se han reducido, lo que contribuye a una mayor brecha en los porcentajes.

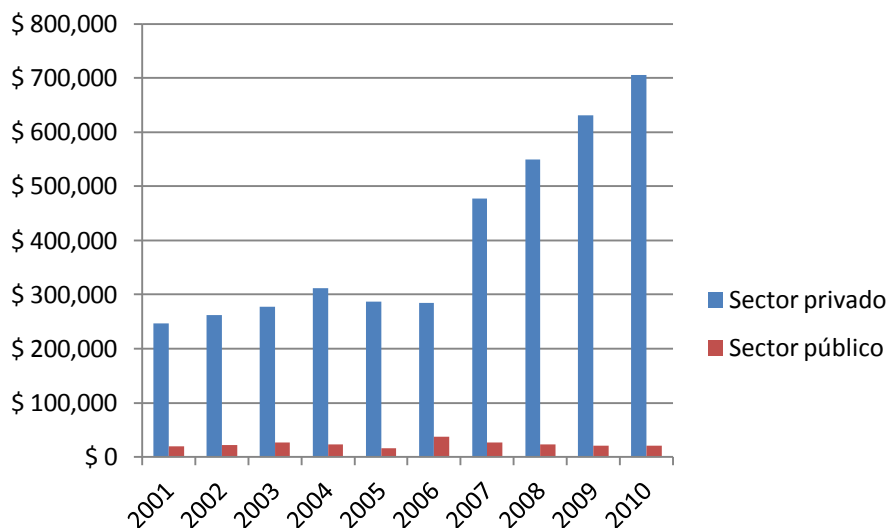


Fuente: Superintendencia de salud

Gráfico 26

Al revisar la relación de acuerdo al monto facturado, el comportamiento desde el 2005 es similar a la frecuencia de prestaciones ambulatorias, pero en términos de porcentaje la diferencia es aún mayor, abarcando el sector privado en el periodo 2001-2010 porcentajes por sobre el 95% del monto facturado total (Gráfico 27):

Monto facturado en prestaciones ambulatorias (mill de \$) por sectores



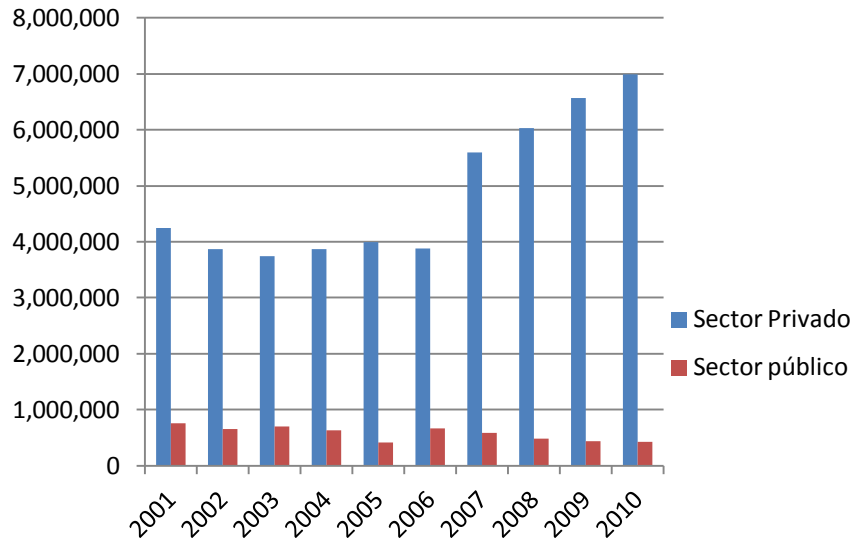
Fuente: Superintendencia de salud

Gráfico 27

Con respecto a las prestaciones hospitalarias, en el periodo 2001-2010 se visualiza un incremento en las prestaciones realizadas por privados a los afiliados a ISAPRE, mientras que las realizadas por prestadores públicos, según se verá a continuación, muestran una reducción. En su composición la frecuencia de prestaciones de privados el año 2001 correspondía a un 85% del total de prestaciones hospitalarias, mientras que el 2010 este porcentaje se incrementa a un 94%.

Al revisar los montos facturados la situación es similar, nuevamente el sector privado se lleva la mayor parte de la torta, abarcando el 2010 el 97% del total de prestaciones hospitalarias. Cabe destacar que el 2001 este porcentaje correspondía a un 93%, pero el fuerte incremento en su facturación generado a partir del 2007, incrementó aún más la brecha entre prestadores públicos y privados.

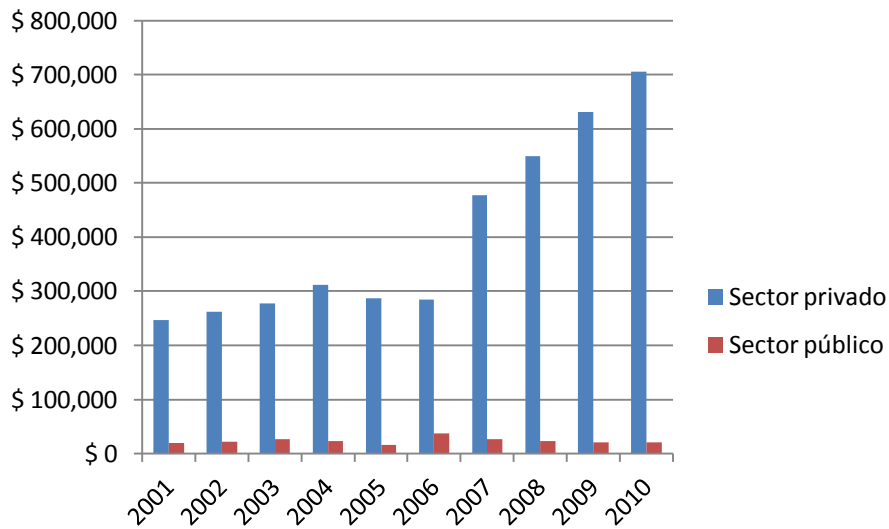
Frecuencia de prestaciones hospitalarias por sectores



Fuente: Superintendencia de salud

Gráfico 28

Monto facturado en prestaciones hospitalarias (mill de \$) por sectores



Fuente: Superintendencia de salud

Gráfico 29

Si las variables recién analizadas se especifican aún más, podremos observar la relación entre las ISAPRE y los principales prestadores hospitalarios privados. De acuerdo a la tabla que se presenta a continuación, resultan notorios los ingresos que provienen de servicios de hospitalización, no obstante su reducido volumen:

Principales Prestadores de Salud en Isapres según Montos Facturados (Mill \$) Hospitalarios *versus* Ambulatorios Año 2010

Orden de Importancia	Prestadores de Salud	Montos Facturados Totales (Mill \$)	Montos Facturados Hospitalarios (Mill \$)	%	Montos Facturados Ambulatorios (Mill \$)	%
1	CLINICA ALEMANA DE SANTIAGO S.A.	117.044	103.175	88,15%	13.868	11,85%
2	CLINICA LAS CONDES	99.829	88.689	88,84%	11.140	11,16%
3	CLINICA SANTA MARIA S.A.	82.042	73.562	89,66%	8.480	10,34%
4	HOSP. CLINICO PONTIFICIA U.CATOLICA DE CHILE	64.807	41.883	64,63%	22.924	35,37%
5	CLINICA DAVILA S.A.	51.583	46.836	90,80%	4.747	9,20%
6	CLINICA INDISA S.A.	39.929	36.594	91,65%	3.335	8,35%
7	HOSP. CLINICO UNIVERSIDAD DE CHILE J.J.AGUIRRE	38.859	30.535	78,58%	8.324	21,42%
8	MEGASALUD S.A.	38.542	15	0,04%	38.527	99,96%
9	HOSPITAL DEL COBRE DR.SALVADOR ALLENDE G.	28.719	554	1,93%	28.165	98,07%
10	SERVICIOS MEDICOS SANTA MARIA S.A.	26.610	3.282	12,33%	23.328	87,67%

Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo de la Superintendencia de Salud

Tabla 23

Así, las prestaciones hospitalarias representan aproximadamente un 90% del total de los montos facturados en 5 de los 6 principales prestadores de servicios médicos al sistema de ISAPRE.²⁸⁵

Conforme indica un estudio de la Superintendencia de Salud, algunas instituciones privadas hacen de las hospitalizaciones un elemento esencial de su negocio. Como indica, “aún cuando las atenciones de tipo hospitalario en frecuencia sólo representan el 14% del total de las prestaciones de salud otorgadas [por los prestadores privados], éstas corresponden a un 54% del total de los montos facturados”.²⁸⁶

Estos casos coinciden, además, con los prestadores que han establecido los precios más altos para la prestación “día cama”: para el año 2009, en que el precio promedio del día cama en el sistema de ISAPRE era de \$119.231 (Cirugía y Especialidad),²⁸⁷ los precios de dichos prestadores tuvieron los siguientes rangos, dependiendo del convenio con cada ISAPRE:

²⁸⁵ Superintendencia de Salud (2010f:13).

²⁸⁶ Superintendencia de Salud (2010f:5)

²⁸⁷ Superintendencia de Salud (2009c: 3-4).

	Cirugía y Especialidades (\$)
Las Condes	401.583 - 423.909
Alemana	354.754 - 378.258
Santa María	230.040 - 247.880
Indisa	145.418 - 201.187
Dávila	132.290 - 132.784

Datos obtenidos de la Superintendencia de Salud²⁸⁸

Tabla 24

Los rangos de precios se mantuvieron, por tanto, siempre sobre el promedio del mercado.

Podemos concluir, por tanto, que la complementariedad de los sistemas público y privado en el ámbito de la salud es completamente unidireccional: si bien los prestadores privados atienden un volumen importante de personas afiliadas a FONASA (que utilizan la MLE), los prestadores públicos casi no participan en la atención a afiliados a ISAPRE, demanda que es absorbida completamente por los prestadores privados.

Los prestadores públicos se hacen cargo principalmente de la demanda que proviene de los afiliados a FONASA que se atienden en la Modalidad de Atención Institucional, lo que permite notar que no existe competencia entre prestadores públicos y privados: la afiliación (ISAPRE/FONASA) y modalidad de atención (MLE/MAI) determinarán el prestador que se hará otorgará la prestación de salud.

En armonía con lo anterior, los datos parecen revelar que la prestación “día cama” en el sector privado va dirigida a atender un nicho específico de consumidores que está dispuesto a pagar altos montos por obtener buenos servicios de hotelería y comodidades (pieza individual), obteniendo garantía, además, que la prestación se otorgará en un tiempo oportuno. El estudio de la Superintendencia de Salud sobre “segmentación de prestadores de salud y usuarios de ISAPRE” señala a estos prestadores como los actores que capturan a los consumidores de más altos ingresos.²⁸⁹

²⁸⁸ Superintendencia de Salud (2009c:14).

²⁸⁹ Superintendencia de Salud (2010b:10).

Esto explicaría los altos montos de facturación de esta prestación y el bajo nivel de participación que presenta en comparación con la provisión de “días cama” hecha por el sistema público, y se correlaciona bien con los datos otorgados por la Superintendencia de Salud en su “Estudio de Opinión y Satisfacción de Usuarios 2012”, hecho por *criteria reasearch*: los usuarios del sistema privado valoran especialmente la rápida y oportuna atención, siendo este uno de los aspectos más criticados del sistema público.²⁹⁰

4. ACREDITACIÓN DE PRESTADORES

Otro tema relevante es la acreditación de los prestadores institucionales, a través de la cual se busca asegurar de alguna manera el cumplimiento de estándares en la entrega de ciertas prestaciones.²⁹¹ De acuerdo al artículo 1 del Reglamento del sistema de acreditación para los prestadores institucionales de salud: “La acreditación de los prestadores institucionales de salud autorizados, públicos y privados, se efectuará en conformidad con el presente reglamento. Dicho proceso estará destinado a evaluar el cumplimiento, por parte de aquellos prestadores institucionales que se sometan a él, de los estándares fijados con el objeto de velar porque las prestaciones que otorgan revistan la calidad necesaria para resguardar la seguridad de sus usuarios”.

Actualmente existen 32 prestadores institucionales acreditados, la mayor parte de ellos ubicados en la región metropolitana (Figura 10)

La acreditación evalúa el cumplimiento de una serie de estándares generales que se sintetizan en 9 ámbitos

- Respeto a la dignidad del paciente
- Gestión de la calidad
- Gestión clínica
- Acceso, oportunidad y continuidad de la atención
- Competencias del recurso humano
- Registros
- Seguridad del equipamiento
- Seguridad de las instalaciones
- Servicios de apoyo

La acreditación es realizada por agencias que deben ser previamente autorizadas por la Superintendencia de salud.

²⁹⁰ Superintendencia de Salud (2012:9).

²⁹¹ Ver Anexo I

Prestadores acreditados por región, año 2012

Antofagasta	Clínica portal oriente
Coquimbo	Clínica mutual de seguridad C.CH.C de Ovalle Centro mutual de seguridad C.CH.C de La Serena Centro Médico Integramédica La Serena S.A
Valparaíso	Clínica Ciudad del mar Clínica oftalmológica ISV limitada Clínica Reñaca
Metropolitana	Clínica Alemana de Santiago Clínica Dávila Clínica Las Condes Integramédica Alto las Condes Interamédica Manquehue Instituto nacional del cáncer Centro oftalmológico Pasteur Centro Médico de San Joaquín Clínica Santa María Clínica Vespucio Fundación oftalmológica Los Andes Centro mutual de seguridad C.CH.C de La Florida Clínica Quilicura Hospital Dr Exequiel Gonzalez Cortés Centro Médico y dental Vida Integra Quilicura

	Hospital Padre Alberto Hurtado Hospital San Juan Dios Exámenes de laboratorios S.a Clínica Indisa
Libertador	Hospital Clínico de la fundación de salud el teniente
Maule	Clínica mutual de seguridad C.CH.C de Curicó
Los Ríos	Clínica mutual de seguridad C.CH.C de Valdivia Centro mutual de seguridad C.CH.C de la Unión
Los lagos	Clínica mutual de seguridad C.CH.C de Osorno
Magallanes	Clínica magallanes

Fuente: Superintendencia de Salud

Tabla 25

5. PRESTADORES AMBULATORIOS. MÉDICOS GENERALISTAS

El cuadro que se muestra continuación permite observar la relación entre médicos especialistas y generalistas. La diferenciación de producto (servicio) en este mercado actúa de manera importante para posicionarse un nicho determinado (especialidad) y poder desde ese lugar maximizar la renta. El sistema tiende a generar incentivos (mayores ingresos, prestigio, ámbitos de trabajo) para los especialistas en mayor medida que para los generalistas. Una rápida mirada de los médicos de primer nivel de atención (generalista o médicos de familia) en la salud de América Latina nos permite observar que no tienen el espacio, influencia y poder del cual gozan en sistemas donde se desempeñan como gestores de la salud de la población y puerta de entrada para los médicos especialistas y hospitalización.²⁹²

²⁹² Véase para un sistema en que dichos médicos cumplen un rol central, OFT (2012).

Distribución médicos especialistas y generales (2010)

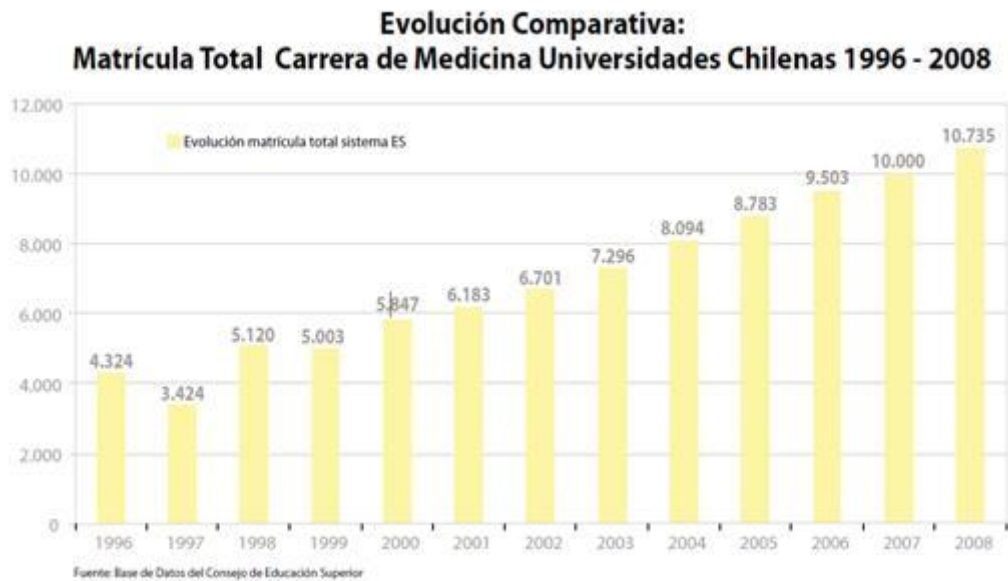
Profesionales Profesionales	Total Chile Público + Privado		Sector Público (APS + Servicios de Salud)	
	Nº	%	Nº	%
Médicos Generales	9,160	38.7 %	5,144	35.5 %
Médicos Especialistas	14,535	61.3 %	9,331	64.5 %
Total	23.695 (1)	100 %	14,475	100 %

Fuentes: Registro Superintendencia de Salud, Base Modalidad de Libre Elección FONASA, SIRH, APS Desempeño Difícil, CONACEM
 (1) Este Número total de Médicos corresponde a 86 % del total de los Médicos del país cuyo carácter de Médico General o Médico Especialista se pudo identificar en forma válida, mediante el cruce de las bases de datos señaladas en fuentes.

Gobierno de Chile / Ministerio de Salud

Fuente: Paris, Enrique (2011)

Tabla 26



Fuente: Paris, Enrique (2011)

Gráfico 30

Es notable el crecimiento de la cantidad de médicos que egresan dado que se ha logrado duplicar en el término de diez años los profesionales recibidos anualmente.

Distribución geográfica⁵ del total de los médicos en Chile

Médicos por Área Geográfica				
Área Geográfica	Cantidad de médicos	%	Número de médicos por cada 100.000 habitantes	Número de habitantes por médico
Norte	2.418	8,1	119,5	837,0
Central	21.899	73,0	212,1	471,4
Centro Sur	4.415	14,7	132,2	756,5
Sur	1.264	4,2	117,5	851,0
PAÍS	29.996	100,0	178,9	558,9

Fuente: Servicio de Impuestos Internos e INE (Población 2008)

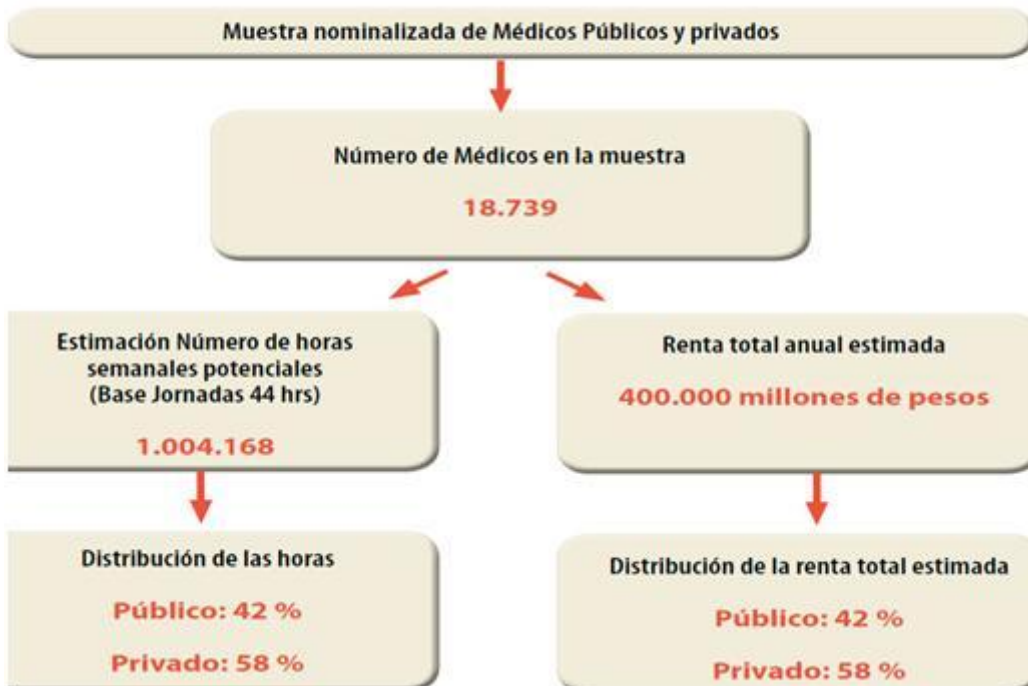
Aspectos metodológicos: El Área Norte agrupa a las regiones I, II, III, IV y XV; el Área Central agrupa a las regiones V, VI, VII y XIII; el Área Centro-Sur agrupa a las regiones VIII, IX y XIV; y el Área Sur agrupa a las regiones X, XI y XII.

Fuente: Paris, Enrique (2011)

Tabla 27

Respecto de la distribución geográfica como se puede observar el 73% de los profesionales se encuentran en el área central con un total de 471 habitantes por médicos muy parecido a lo que sucede en los países con gran oferta profesional, que contrasta con los más de 800 habitantes por pacientes de las áreas sur y norte.

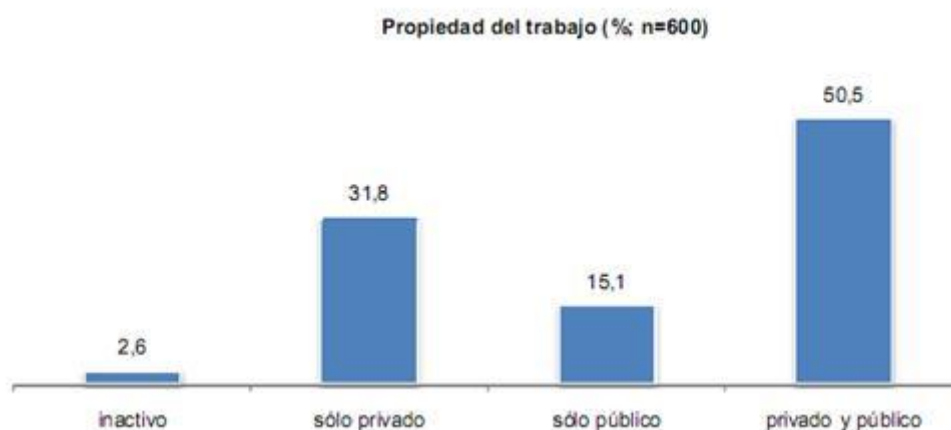
Estimación económica del mercado de los médicos en Chile



Fuente: Paris, Enrique (2011)

Tabla 28

Los médicos trabajan un 42% en el sector público y 58% en el privado recibiendo como renta total los mismos % en un sector que en otro. Si lo comparamos con el hecho que 75% de la población está en FONASA y el resto en las ISAPRE y otras aseguradoras, podemos considerar que existe una relación población / médicos más inequitativa en el público que en el privado. Esto puede verse matizado en atención a que un segmento de los afiliados a FONASA puede atenderse con médicos del sistema privado mediante la utilización de la Modalidad de Libre Elección. El solapamiento del trabajo médico genera también algunos inconvenientes en cuanto a la alineación de interés, considerando que el médico es responsable de la asignación del 70% de los recursos sanitarios en sus decisiones, diagnósticas y terapéuticas, realizadas en condiciones de incertidumbre en una tarea que supone coordinar y motivar.



Fuente: Encuesta Colegio Médico 2008 – Inst. Sociología UC

Gráfico 31

6. SERVICIOS MÉDICOS AMBULATORIOS ²⁹³

La prestación de servicios de salud ambulatoria ha ido cobrando cada vez mayor importancia para los grupos económicos vinculados al ámbito de la salud, lo que se manifiesta en sus planes de inversión para los próximos años, centrados en la expansión de este tipo de servicios ²⁹⁴.

El modelo mayormente utilizado es el establecimiento de centros médicos y dentales como Megasalud, Integramédica y Vida Integra, los cuales se centran en la oferta de servicios de salud ambulatoria. A su vez, los Centros Hospitalarios (Clínicas) también ofrecen prestaciones ambulatorias, constituyéndose por lo tanto en una actividad cada

²⁹³ ANEXO 2: Desarrollo de actividades de prevención en Salud.

²⁹⁴ Véase los planes de inversión descritos en este Informe.

vez más importante en relación con los ingresos que los grupos pueden llegar a obtener en cada ejercicio.²⁹⁵

A continuación se presentarán una serie de datos estadísticos que tienen por función tratar de explicar la importancia de esta prestación en términos de su atractivo para las inversiones que están llevando a cabo los grupos analizados, a saber:

1. En relación al total ventas durante los años 2010 y 2011 Megasalud experimentó un aumento del 12,1%, es decir de \$ 63.889 millones de pesos registrados en 2010 a \$ 71.616 millones en el año 2011.²⁹⁶
2. Las prestaciones médicas y dentales en Megasalud registraron un crecimiento de 9,3% durante el año 2011, es decir de 5.960.397 a 6.515.379 (Millones).²⁹⁷
3. El prestador ambulatorio Integramédica presentó durante el año 2011 ingresos por la suma de \$ 81.355 millones de pesos, un aumento considerable respecto al 2010 en el cual los ingresos alcanzaron a \$ 66.927 millones.²⁹⁸ El Grupo Cruz Blanca Salud entrega información igualmente respecto a los ingresos alcanzados en el sector hospitalarios, los cuales ascienden \$ 48.276 millones de pesos, con estas cifras podemos ya observar la importancia real que presenta el sector ambulatorio.²⁹⁹
4. Integramédica presentó en el año 2010 la cifra de 3.899.477 atenciones, mientras que en el 2011 se produjo un aumento a 4.419.961.³⁰⁰
5. Vida Integra por su parte presenta, al igual que los centros anteriores, una evolución favorable en sus ingresos. En el año 2010 ascendieron a \$ 28.177 millones de pesos y en el 2011 a \$ 33.248 millones.³⁰¹
6. Finalmente, como se señala por el Grupo Banmédica *“Durante el año 2011, Vidaintegra experimentó un crecimiento en su actividad global de un 16,4%, motivado principalmente por el 26% de incremento en el número de exámenes de laboratorio*

²⁹⁵ Como se verá más adelante, existe el caso del Grupo Cruz Blanca Salud en el cual el servicio ambulatorio ha obtenido mayores ingresos que el hospitalario.

²⁹⁶ Memoria Anual año 2011 Empresas Red Salud S.A. 2011, p. 20.

²⁹⁷ Memoria Red Salud S.A., cit. (n. 3), p. 36.

²⁹⁸ Memoria Anual año 2011 Cruz Blanca Salud, p.

²⁹⁹ Memoria Cruz Blanca, cit. (n. 5), p. 26.

³⁰⁰ Memoria Cruz Blanca, cit. (n. 5), p. 30.

³⁰¹ Presentación a Junta Ordinaria de Accionistas año 2012, p. 8 Disponible en <http://www.empresasbanmedica.cl/presenta/2012/JuntaAccionistas2012.pdf>

*llegando a 1.745.770 y al 11,7% de crecimiento en sus consultas médicas que alcanzaron las 996.060. Por su parte, los exámenes de imagenología crecieron 10,3% y el resto de las prestaciones un 6,7%”.*³⁰²

Ahora, desde el punto de vista del gasto en salud de una prestación ambulatoria, debemos destacar un estudio presentado por la Facultad de Economía y Negocios de la Universidad del Desarrollo titulado “Análisis y Evolución del Índice de Gasto en Salud en el sistema de salud privado”, que se hace cargo del índice de gasto en salud períodos 2010 y 2011.³⁰³

Como resultados generales del estudio, es posible señalar:³⁰⁴

- 1. Desde el punto de vista del tipo de prestación, la principal causante del aumento de la variación de precios en el periodo analizado son las prestaciones ambulatorias con un aumento de 2,8%, mientras que el precio de las prestaciones hospitalarias disminuyó un 1,4%.*
- 2. Si se agrupan las prestaciones en el ámbito ambulatorio, se tiene que la principal variación de precios en este periodo fueron las intervenciones quirúrgicas ambulatorias y los exámenes con una variación de 4% y 3,7%, respectivamente.*
- 3. La variación del índice de precios presentado en este reporte entre 2010 y 2011 alcanza un 1,2% nominal y es menor que la variación en el componente de salud del IPC 4,4% nominal. No obstante esta diferencia radica en que el componente de salud del IPC tienen características distintas a la evolución de precios y bonificaciones en el sistema ISAPRE.*

7. MERCADO DE PROVISIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS

La estructura de segmentos de los prestadores de salud se asocia por lo general a los usuarios de una o más ISAPRE. Las clínicas y hospitales examinados tienen una importante asociación con los usuarios de determinadas ISAPRE.

Para las tres principales regiones de Chile (Metropolitana, V y VIII) se muestran gráficos con la relación entre las ISAPRE y los prestadores.

³⁰² Memoria Anual 2011 Empresas Banmédica S.A., p. 80.

³⁰³ El estudio comprende el 2do semestre de los años 2010 y 2011. El informe completo con su metodología y la totalidad de sus resultados y conclusiones se encuentra disponible en <http://www.udd.cl/wp-content/uploads/2012/07/ESTUDIO-ISAPRE-JULIO-2012.pdf>

³⁰⁴ Análisis y Evolución del Índice de Gasto en Salud, cit. (n. 10), p. 10.

COMPOSICION DEL PADRON POR REGIONES

REGION	Año 2009
I	2.10%
II	5.10%
III	1.30%
IV	1.80%
V	7.10%
VI	3.80%
VII	2.60%
VIII	7.00%
IX	3.00%
X	3.80%
XI	0.40%
XII	1.10%
XIV	1.30%
XV	0.80%
Reg Metrop	58.80%
Total	100.00%

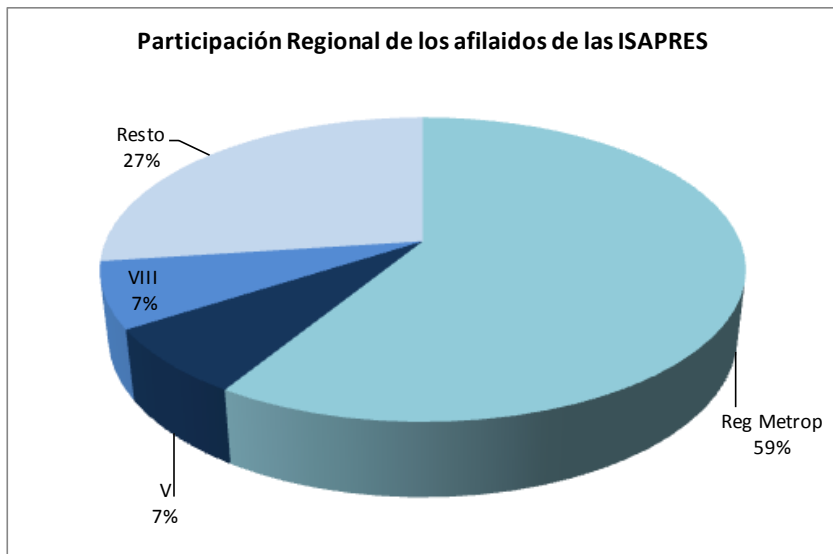


Gráfico 32

Segmentación de Principales Prestadores de Salud de la Región Metropolitana

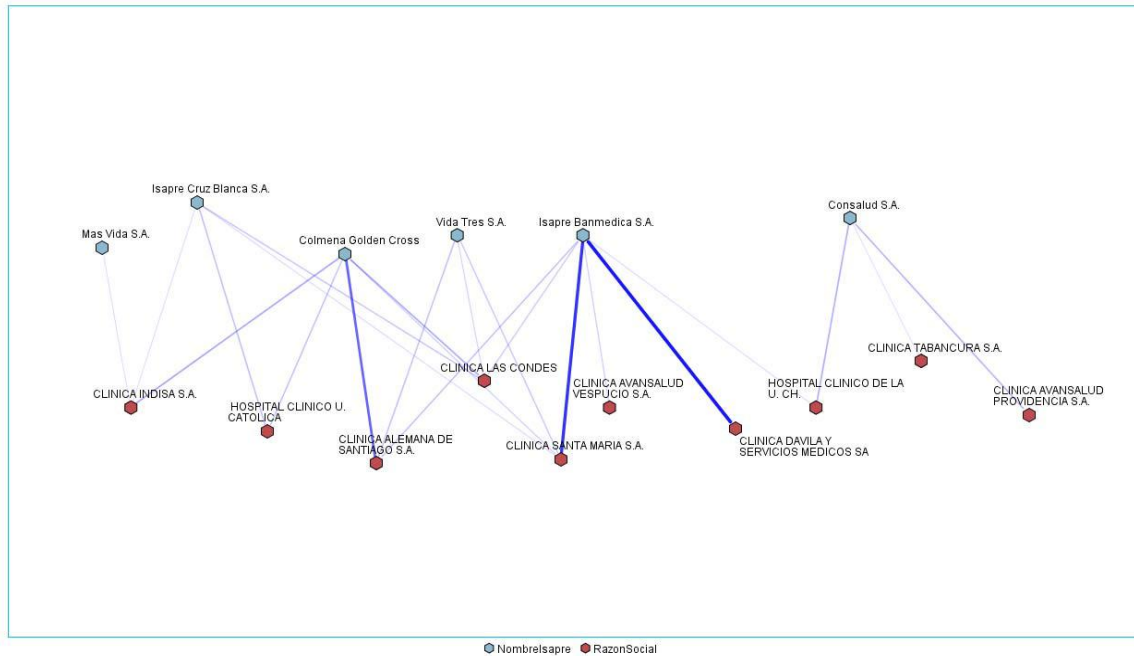
Seg	Clínica/Hospital	Tramos de Cotización Pactada (M\$)										
		De	<40	40	54	68	81	92	104	123	152	206
		A	40	54	68	81	92	104	123	152	206	>206
1	Clínica Alemana				9.4%		24.7%		26.2%	17.8%	21.9%	
2	Clínica Las Condes					17.6%	8.9%	19.8%	28.4%	25.3%		
3	Clínica Tabancura					36.7%	34.4%	28.9%				
4	Clínica INDISA					52.2%	33.9%	13.9%				
5	Clínica Dávila		35.2%	15.5%	31.6%	17.7%						
6	Hospital Clínico de la P.U.C.		19.6%	32.3%	48.1%							
7	Clínica Santa María		13.7%	30.1%	36.0%	20.2%						
8	Clínica Avansalud		39.6%	30.2%	30.2%							
9	Hospital Clínico de la U.Ch.		22.6%	31.1%	46.3%							

Fuente: Superintendencia de Salud, Base Datos Prestaciones Bonificadas, Base de Datos de Cotizantes y Cargas

Nota: Los tramos de cotización pactada corresponde a los clientes en que el prestador no era preferente.

Tabla 29

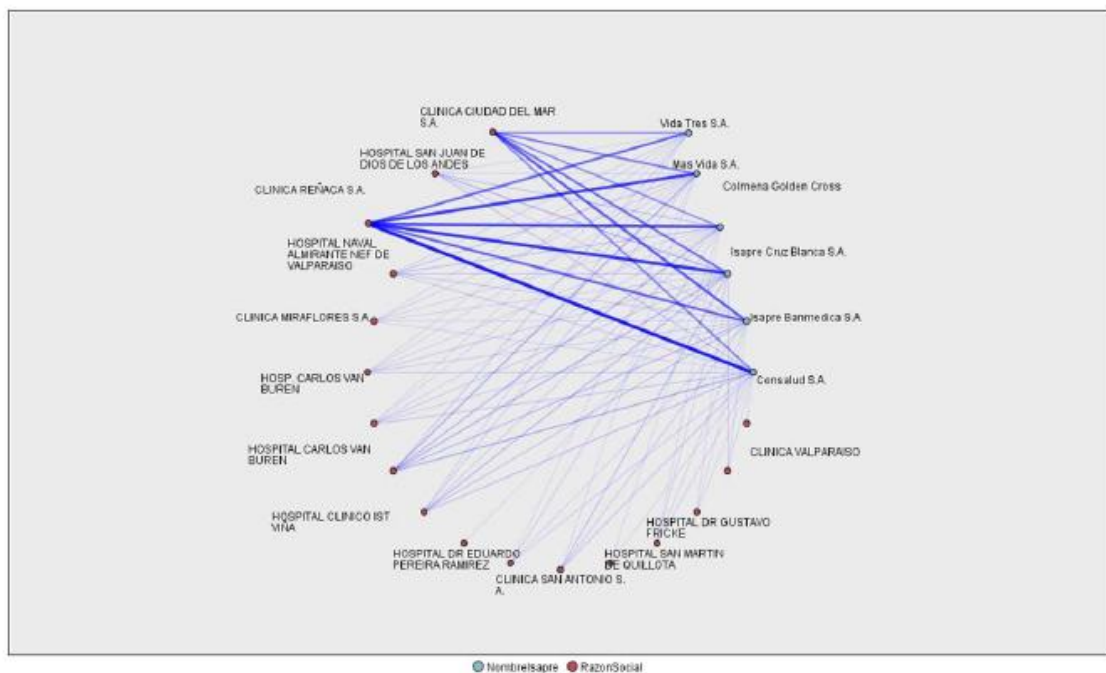
G1-Principales Prestadores de Salud y su Relación con ISAPRE de la Región Metropolitana (Enero a diciembre 2009)



Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud

Tabla 30

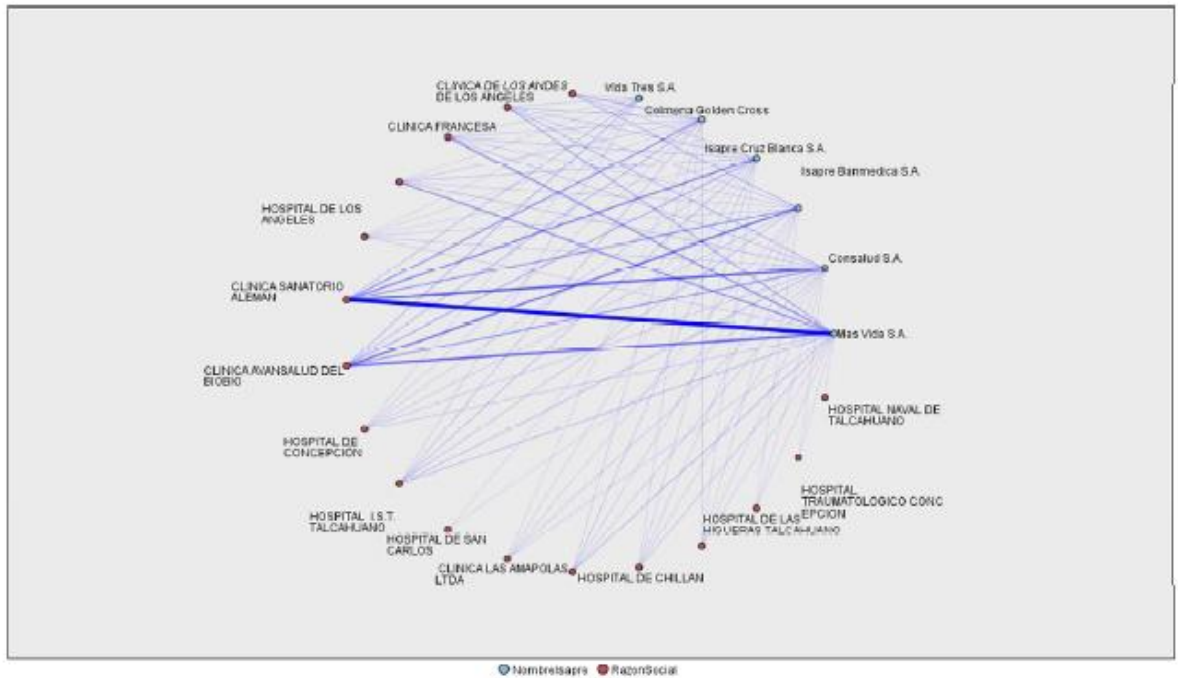
G2-Principales Prestadores de Salud y su Relación con Isapres de la Quinta Región (Enero a diciembre 2009)



Fuente: Superintendencia de Salud

Tabla 31

G3-Principales Prestadores de Salud y su Relación con Isapres de la Octava Región (Enero a diciembre 2009)



Fuente: Superintendencia de Salud

Tabla 32

En la **Región Metropolitana** existe una fuerte relación entre los clientes de ISAPRE y su pertenencia a determinados prestadores de salud. Por lo tanto, se puede identificar claramente los segmentos de este mercado:

- La Clínica Alemana y la Clínica las Condes, experimentan una potente asociación principalmente con Colmena,
- La Clínica Tabancura con las ISAPRE Consalud y Colmena,
- La Clínica INDISA con Consalud y Masvida.
- Las Clínicas Dávila y Santa María con la ISAPRE Banmédica
- Los hospitales universitarios de la Pontificia Universidad Católica relacionado con Cruz Blanca
- El Hospital de la Universidad de Chile con Consalud.

Los centros asistenciales estudiados en la Región Metropolitana en su mayoría no eran el prestador preferente para los usuarios que hicieron uso de ellos. Sin embargo se destacan los casos de las clínicas Santa María y Dávila en que existe una importante proporción de clientes de las ISAPRE Banmédica y Vida Tres en que si lo fueron.

En Regiones la relación del prestador con la ISAPRE no es tan fuerte como en la Región Metropolitana. Las excepciones son con aquellas ISAPRE que tienen al centro de salud como parte del holding, como es el caso de Banmédica y Consalud.

La probabilidad de ser un prestador preferente en regiones es menor que en la Región Metropolitana y una buena proporción de ellos no presenta esa condición.

8. CONTRATOS ENTRE ASEGURADORAS Y PRESTADORES: MODALIDADES DE PAGO Y POSIBILIDADES DE PAQUETIZACIÓN.

La modalidad de pago adoptada en un determinado sistema está en íntima relación con las principales características organizacionales del mismo y con los objetivos que persigue. Por otra parte, las relaciones existentes entre los diferentes actores del sistema, que básicamente son el usuario, el ente financiador y el proveedor, se encuentran en gran medida determinadas por la diferencia o la concordancia de los objetivos que persiguen y ello se refleja en la modalidad de pago predominante. Es así que cualquiera sea la modalidad de pago que se adopte, la dificultad mayor estriba en alcanzar un equilibrio que garantice el bienestar de las tres partes involucradas, lo cual en los hechos resulta extremadamente difícil.

8.1 La estructura actual del sistema de pagos.

La estructura de más común en el sistema de salud chileno es el pago por servicio (*fee-for-service; FFS*) o intervención. Conforme a este sistema, el asegurador, sea privado o público, paga al prestador un monto por cada prestación o intervención realizada. El control de los costos, en este sistema, se realiza por la vía de establecer importantes copagos que desincentivan el sobre-consumo por parte de los consumidores.

Los inconvenientes del FFS han sido discutidos extensamente en la literatura internacional.³⁰⁵ El sistema castiga la calidad en la atención de salud, en la medida en que terapias más efectivas estarán asociadas a un menor número de intervenciones (por consiguiente, a un menor número de pagos);³⁰⁶ se tiende a premiar el volumen de

³⁰⁵ Para algunos de los problemas descritos aquí, puede consultarse Miller (2009).

³⁰⁶ Paulus *et al.* (2008)

atenciones antes que la calidad de las mismas; se fomenta la sobre-utilización de recursos médicos (agravando el problema del riesgo moral); se realizan tratamientos sumamente fragmentados, con derivación a múltiples especialistas; se desincentiva el uso de estrategias preventivas; y, por último, se combate el aumento en los costos de la salud por la vía de cargar este aumento sobre los particulares, quienes se verán sometidos a copagos cada vez más cuantiosos, lo que genera consecuencias nocivas en la equidad del sistema de salud.

El control de costos por la vía de una reducción en la bonificación de las prestaciones amenaza no sólo la equidad (acceso) al sistema de salud, sino que también su calidad en el mediano plazo. La capacidad de trasladar los costos a los particulares se encuentra limitado por su capacidad de pago, por lo que una disminución en la cobertura del asegurador implicará normalmente una disminución en los recursos obtenidos por los prestadores. La consecuencia de ello es una reducción de los costos de los prestadores por la vía de una reducción en la calidad de los servicios.³⁰⁷ Dicha estrategia ha sido implementada por las ISAPRE en Chile, las que han defendido la reducción en la cobertura de sus planes como una manera de enfrentar los costos de la salud asociados a la sobre-utilización de los servicios (*i.e.*, riesgo moral).³⁰⁸ En la práctica, el porcentaje de bonificación de la mayor parte de las principales prestaciones del sistema se encuentra alrededor del 65%, salvo para la prestación de días cama (hospitalización), en que el promedio de bonificación de los últimos años se encuentra alrededor del 80%. Así lo muestra la siguiente tabla, construida con datos de la Superintendencia de Salud:

	<u>2007</u>	<u>2008</u>	<u>2009</u>	<u>2010</u>	<u>2011</u>	
Bonificación Atenciones Médicas	62,8%	63,8%	63,0%	61,4%	-	62,8%
Bonificación Exámenes de Diagnóstico	69,1%	67,7%	66,5%	65,0%	-	67,1%
Bonificación Intervenciones Qirúrgicas	66,7%	66,5%	66,5%	64,3%	-	66,0%
Bonificación Hospitalizaciones (Día Cama)	81,7%	81,5%	81,4%	77,9%	-	80,6%
Bonificación GES	96,0%	92,8%	95,1%	94,5%	-	94,6%

Fuente: Elaboración propia en base a información de Fonasa y Superintendencia de Salud.

Tabla 33

³⁰⁷ Mechanic and Altman (2009).

³⁰⁸ Esta fue una de las defensas presentadas en el “Caso ISAPRE” y que fue considerada razonable por parte del tribunal. Para una crítica de dicha posición véase, Agostini *et al.* (2012).

Un problema no menor del FFS es la opacidad que este sistema de pagos introduce en el ámbito de la salud. Como ha sido destacado por Miller (2009: 1424), en la medida que las aseguradoras pagan por cada prestación otorgada, el consumidor no podrá realizar comparaciones de calidad y costos entre los prestadores. Dado que el consumidor desconoce cuántas intervenciones se realizarán o cuántas son las intervenciones adecuadas, será imposible determinar de antemano el costo del tratamiento, ni podrá evaluar la existencia de prestadores más eficientes (ej., que ofrecen resultados similares con menos intervenciones o en base a intervenciones menos invasivas).

La mantención de este sistema de pagos en un ámbito afectado por problemas de riesgo moral es difícilmente explicable y hace necesario la búsqueda de alternativas más eficientes.

8.2 Tres alternativas: pagos por rendimiento, pagos asociados a diagnóstico y pagos 'per cápita'.

Tres alternativas al FFS han sido exploradas en otros sistemas de salud. Cada una tiene sus virtudes y sus desventajas, las que pasamos a describir a continuación.

a) Pago por rendimiento (pay-for-performance; P4P).

Tal y como su nombre lo indica, el P4P establece un sistema de pagos asociado a la obtención de ciertos resultados por los prestadores o el cumplimiento de determinadas metas. Este mecanismo intenta evitar la disminución de calidad asociado a una disminución en el monto de la bonificación por parte de las aseguradoras: mejores resultados implicarán un aumento en los pagos, volviendo financieramente viables a los prestadores que mantienen su preocupación por la calidad.

Hay dos problemas centrales asociados a este sistema de pago. En primer lugar, los indicadores de calidad en el ámbito de la salud no son siempre claros ni fáciles de aplicar, dificultando la asignación de los incentivos.³⁰⁹ Estos deben, además, encontrarse muy bien definidos pues, de lo contrario, se tenderán a fomentar los aspectos de calidad que resultan más fácilmente observables en desmedro de factores que, siendo igualmente importantes, son más difíciles de fiscalizar.

Aunque el primer inconveniente puede considerarse consustancial al ámbito de la salud, el segundo problema con el P4P, más específico, es que mantiene intactos los

³⁰⁹ Mechanic and Altman (2009).

incentivos para proveer un amplio volumen de prestaciones. A pesar de que estas serán tenderán a una mayor calidad que en un sistema de FFS, el pago por cada intervención fomenta la sobreutilización de recursos médicos ya descrita.

b) Pago asociado a diagnóstico/episodio (Episode Based Payment; PAD).

La implementación de un sistema de pagos asociados a diagnóstico depende, en primer lugar de la construcción de Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD) que sirvan como base a la operación del sistema. Este sistema ha sido implementado en muchos países³¹⁰ y refleja una tendencia creciente al interior de la OECD. Chile ha dado algunos pasos en esta dirección con la implementación de algunos tratamientos que tienen pagos asociados a diagnóstico (PAD).

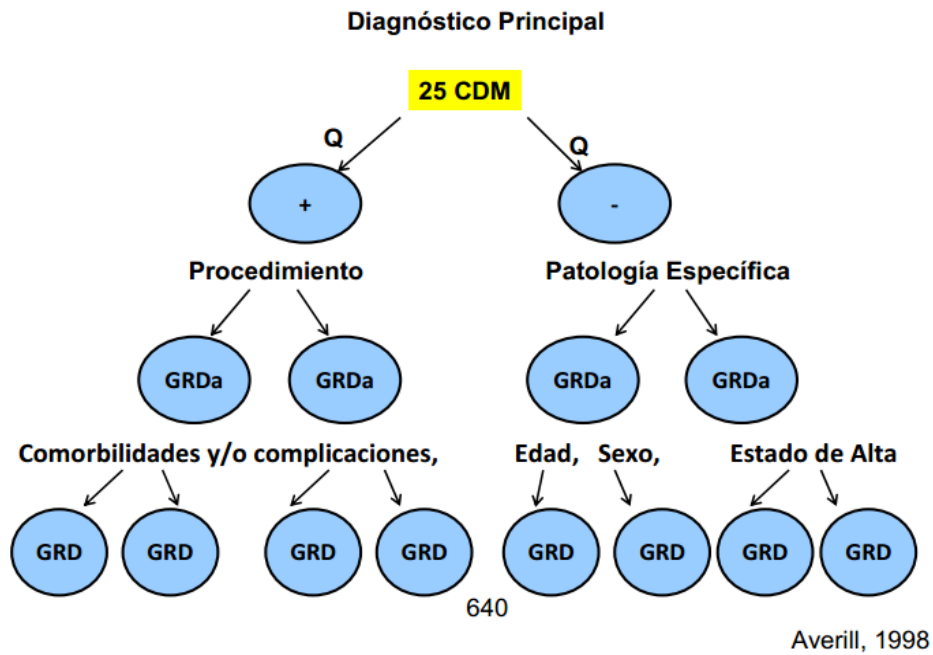
Este sistema de pagos intenta fijar un monto 'razonable' de recursos requeridos para tratar una determinada condición. Su característica principal es que el asegurador pagará ese monto al prestador con independencia de la cantidad de intervenciones que se realicen sobre el paciente. Si el prestador logra obtener resultados sin requerir demasiadas intervenciones u hospitalizaciones prolongadas tendrá ahorros de costos e incluso puede obtener ganancias: el incentivo está en la posibilidad de conservar la diferencia entre el costo efectivo de la prestación y el pago ofrecido por el asegurador. Para evitar, empero, que este sistema fomente una reducción en la calidad, los sistemas de PAD establecen un marco de tiempo dentro del cual el paciente queda cubierto por el diagnóstico anterior. En otras palabras, si el paciente reingresa al hospital por la misma condición dentro de un cierto número de días, el asegurador no pagará la prestación nuevamente.

Como bien se indica en el informe de la OCDE (2012), el punto crucial de los PAD se encuentra en los montos otorgados a los prestadores. Si los recursos necesarios son subestimados, pagos reducidos pueden generar una caída importante en la calidad o incentivar la discriminación de pacientes por parte de los prestadores. Así, importa mucho contar con un número razonable de grupos de clasificación, que tome en cuenta no sólo las patologías descritas en términos generales, sino que además incluya posibles co-morbilidades y complicaciones comunes. Las Clínicas de Chile mencionan como número razonable la creación de 640 grupos de clasificación (en EE.UU. existen más de 900).³¹¹ El algoritmo para la construcción de los GRD puede ser esquematizado de la siguiente forma:

³¹⁰ Destacan principalmente EE.UU. (para Medicare y Medicaid), el Reino Unido y Holanda.

³¹¹ Clínicas de Chile A.G. (2010).

ALGORITMO GRD



Fuente: Clínicas de Chile A.G. (2010).

Tabla 34

Como puede notarse, a partir de un diagnóstico principal se establecen los principales procedimientos aplicables, posibles comorbilidades y/o complicaciones y se ajustan los costos de la prestación de acuerdo a la edad y sexo del paciente. Todos estos criterios permiten la creación de diversos grupos relacionados de diagnóstico, cada cual con sus propios costos y pagos asociados. Una tabla modelo tiene una composición similar a esta:

COMPORTAMIENTO DE EGRESOS CON COLECISTECTOMIA AÑO 2003

Comportamiento de los egresos con Colecistectomía abierta y laparoscópica					
GRD		Total Pac.	Estadía Promedio	Desv. Est.	Peso Relativo
195	COLECISTECTOMIA CON EXPLORACION VIA BILIAR CON CC	24	10.6	5.8	2.48
196	COLECISTECTOMIA CON EXPLORACION VIA BILIAR SIN CC	87	6.6	3.5	1.96
197	COLECISTECTOMIA SIN EXPLORACION VIA BILIAR CON CC	73	10.6	11.4	2.08
198	COLECISTECTOMIA SIN EXPLORACION VIA BILIAR SIN CC	687	4.6	3.2	1.3
556	COLECISTECTOMIA Y OTROS PROC. HEPATOBILIARES CON CC MAYOR	75	12.6	10.6	3.98
493	COLECISTECTOMIA LA PARASCOPICA SIN EXPLORAC. CONDUCTO BILIBAR CON CC	128	6.1	7.1	1.62
494	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA SIN EXPLORAC. CONDUCTO BILIAR SIN CC	1.983	2.1	1.8	0.86
787	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA CON EXPLORACION VIA BILIAR	8	4.3	2.3	1.78
TOTAL		3.065	3.5	4.3	1.14

Fuente: Clínicas de Chile A.G. (2010).

Tabla 35

La definición de los GRD y sus montos asociados dependerá de negociaciones y acuerdos entre las aseguradoras y los prestadores, quienes tendrán que acordar denominaciones comunes y criterios de clasificación homogéneos para todo el sistema. Una ventaja importante de este sistema es que lleva a las aseguradoras y prestadores a compartir riesgos, poniendo las cargas de definición de GRD suficientemente específicos sobre estos últimos, lo que es consecuente con el tipo de actividad que realizan y su experiencia estableciendo diagnósticos. No obstante, es claro que los GRD tendrán que irse actualizando cada cierto tiempo, de acuerdo a los avances de la ciencia y del conocimiento de las patologías específicas.

La instauración de un sistema eficiente de PAD requerirá la cooperación de actores públicos y privados e instituciones vinculadas al ámbito de la salud y la generación de información común que sirva de base a la construcción del sistema. El rol de FONASA que ya cuenta con prestaciones financiadas mediante PAD es clave para orientar el proceso. Asimismo, los mecanismos que utilizan las ISAPRE para establecer su prestador en el caso del GES, calculando de antemano sus costos, son un buen indicio de la posibilidad, dentro del sistema privado, de establecer sistemas de pago anticipados (el prestador, en estos caso, debe dar de antemano el valor de la prestación o una medida bastante cercana: de lo contrario, la garantía para la ISAPRE de establecer un prestador preferente sería nula).

La implementación de este sistema puede requerir, además, la creación de un fondo de compensación, para evitar la discriminación de pacientes por parte de los prestadores y permitir la operación inicial del sistema, previniendo la quiebra de algún proveedor en caso de que las categorías construidas no sean aún lo suficientemente precisas.

Los PAD dan incentivos para contener los costos del sistema de salud sin sacrificar por ello la calidad. Este sistema, además, resuelve en gran medida el problema del riesgo moral, quitando los incentivos a la prescripción de exámenes y tratamientos superfluos o poco efectivos y atenuando la tendencia a la sobre hospitalización. No obstante la reducción en el volumen de intervenciones dentro de cada diagnóstico particular, este sistema no entrega incentivos para limitar el número total de diagnósticos: en otras palabras, no se proveen incentivos a la prevención de patologías, ni se fomenta su tratamiento mediante formas de cuidado primarias.³¹²

c) Pagos globales (per cápita o capitation).

El sistema de pagos *per cápita* consiste en la entrega de una suma fija y periódica a un prestador por cada miembro afiliado a una red de servicios, con independencia de su uso.³¹³ Dicho monto pretende cubrir la totalidad de las patologías que el sujeto pueda sufrir, junto a todas las intervenciones necesarias para su recuperación. Esta estructura de provisión fomenta la prevención de enfermedades antes que otras formas de intervención más costosas o invasivas, asociando la atención médica más al valor de la prestación que al volumen de las mismas.

Dado que la estructura de este tipo de pagos asegura un ingreso periódico a los prestadores completamente independiente del volumen de prestaciones o derivaciones realizadas, existe un fundado temor de que los pagos no sean suficientes para cubrir todos los costos y que se generen fuertes incentivos a proveer cantidades sub-óptimas de atención médica, especialmente cuando el *pool* de riesgos no tiene un tamaño apropiado. No obstante, el pago *per cápita* puede fomentar estrategias preventivas y controles periódicos de salud, que eviten complicaciones o episodios de enfermedad posterior, por lo que internacionalmente han sido utilizados como un mecanismo idóneo para el financiamiento de prestaciones ambulatorias.³¹⁴

³¹² Guterman *et al.* (2009).

³¹³ Mechanic and Altman (2009:27)

³¹⁴ *Ídem.*

8.3 Pagos asociados a diagnóstico: transparencia y fomento a la calidad.

Los pagos asociados a diagnóstico permiten una solución integral a los problemas mencionados en las secciones anteriores, en la medida en que introducen transparencia al sistema, fomentando la competencia, sin sacrificar la calidad ni elevar los costos.

En primer lugar la existencia de pagos prospectivos fomenta la creación de grupos de diagnóstico ya mencionados, lo que permite mantener una denominación común de las prestaciones, tanto entre prestadores y aseguradores como entre los prestadores. Dado que las aseguradoras pagarán un monto según el grupo de diagnóstico asociado al paciente, debe existir un acuerdo previo entre prestadores y aseguradores respecto a dichos grupos y los costos asociados al tratamiento de cada patología. Esto limitará la enorme dispersión en la denominación de las prestaciones, que opera como un primer factor de opacidad al interior del sistema de salud.

En directa relación con lo anterior, los PAD permiten aumentar la transparencia en los costos que el tratamiento de una determinada condición implicará para el paciente. Dado que los cobros no varían con la cantidad de intervenciones o días de hospitalización, el consumidor no tiene por qué conocer estas variables de antemano para determinar el costo de la prestación. La existencia de vacíos en la cobertura descubiertos luego de recibida la prestación (denominadas “shortfalls”) son una importante fuente de incertidumbre y distorsión al interior del ámbito de la salud,³¹⁵ que los PAD ayudan a eliminar.

La determinación ex-ante de los costos de tratamiento vuelve comparables los precios entre los diversos prestadores y facilita la correlación de esta variable con la entrega de una mayor calidad. Como bien indica un Miller (2009), mientras la mayoría de los sistemas de copago carga al consumidor una fracción del “primer dólar” cobrado por cada prestador, los PAD cargan sobre el consumidor el “último dólar”, sólo en la medida en que el arancel cobrado por el prestador sea mayor al arancel bonificado por el prestador. El deudor conocerá de antemano los copagos en los que incurrirá y podrá asesorarse de antemano respecto a la conveniencia de dichos pagos adicionales.

Los cobros excesivos por el uso de medicamentos e insumos médicos en las hospitalizaciones e intervenciones quirúrgicas son un factor de distorsión importante en los precios de las prestaciones de salud. Tanto la FNE como el SERNAC han llamado la atención de las autoridades de salud respecto a las enormes diferencias de precio que existen entre los medicamentos e insumos que se comercializan en el mercado y

³¹⁵ OFT (2012).

los que son utilizados como parte de una intervención quirúrgica y hospitalización.³¹⁶ es evidente que, en este caso, los prestadores de salud aprovechan la cautividad del cliente sometido a la intervención médica para aumentar artificialmente el precio cobrado por los insumos. El consumidor, por su parte, no se encuentra en condiciones de evaluar *ex-ante* la pertinencia del uso de los insumos señalados, ni puede, en muchos casos, confirmar *ex-post* que los insumos cobrados hayan sido efectivamente utilizados. La “paquetización” de prestaciones, mediante su vinculación a un pago estandarizado asociado a un diagnóstico determinado, es una medida que ya ha sido propuesta por la Fiscalía como forma de erradicar estas prácticas abusivas.³¹⁷

Como ya se mencionó anteriormente, la paquetización de prestaciones no sólo aumenta la transparencia del sistema (cuestión que aumenta la competencia entre prestadores *per se*), sino que canaliza la competencia hacia los aspectos en que esta puede resultar más fructífera. En la medida en que los prestadores no son

³¹⁶ Véase en este sentido Resoluciones del 2 de Febrero de 2011 (Roles 1636-2010; 1737-10) y 6 de Febrero de 2012 (Rol 1988-2011), junto al Informe FNE titulado “Investigación sobre precios de prestaciones de Salud en Clínicas, efectuada por el SERNAC”, disponibles en la página de la Fiscalía Nacional Económica, www.fne.gob.cl. Estas resoluciones y el informe del SERNAC mencionado, dicen relación con la fiscalización de la resolución 405/1994 de la Comisión Resolutiva, la que establece requisitos de transparencia en el precio que cobran las Clínicas y prestadores de salud por el uso de fármacos e insumos médicos en sus servicios. Dicha resolución establece: **“Segundo: los establecimientos hospitalarios y clínicas deberán proporcionar a los usuarios información actual y clara de los valores de los servicios que les requieran, comprendiendo particular y detalladamente, cada uno de los elementos o rubros que los integran, como día de hospitalización, derecho de pabellón, exámenes y otros y, en el rubro de fármacos y material clínico desechable, deberá tenerse, a disposición del público, la lista de precios de ellos, señalándose específicamente el valor unitario que será cobrado al cliente”**.

Las investigaciones Rol 1737-2010 (denuncia contra la Clínica de Reñaca) y 1636-2010 (investigación de diversos prestadores de salud), establecieron que, no obstante los prestadores tienden a cumplir la resolución 405/1994, esto no es suficiente para limitar el abuso a los consumidores, toda vez que rara vez se consultan los precios de los medicamentos o insumos médicos al contratar la prestación. La Fiscalía recomendó en ambas investigaciones, tender a la “paquetización” de los cobros de prestaciones médicas y, para prestaciones “no-paquetizadas”, estandarizar el mecanismo de cálculo del costo de medicamentos para hacerlos comparables entre sí. Se recomienda, además, la generación de un índice de calidad en la prestaciones de salud, que permita hacer una comparación precio/calidad entre los servicios que ofrecen los diversos prestadores.

Dichas conclusiones fueron informadas a la autoridad sanitaria, la que, en conjunto con el SERNAC, constató enormes disparidades en los precios de prestaciones médicas, medicamentos, insumos, consultas, exámenes y procedimientos entre diversas instituciones de salud. Informada a la Fiscalía sobre esta situación, esta recomendó a la autoridad sanitaria la búsqueda de una regulación que permita aumentar la transparencia del sistema y evitar el abuso a los consumidores, sin disminuir la competencia en el sector. Hecha la recomendación, se archiva el expediente ROL-1988-2011

³¹⁷ *idem*.

remunerados por cada prestación individualmente considerada, se desincentiva el énfasis en el volumen de tratamientos, fomentando una orientación en pos de la efectividad de los mismos. Por otro lado, dado que los prestadores tendrán que hacerse cargo de los reingresos sin que existan pagos adicionales, tampoco será conveniente una liberación prematura del paciente que puede llevar a futuras complicaciones. Los prestadores que entreguen servicios más efectivos, en menor cantidad y a menor costo podrán obtener beneficios de la diferencia entre el costo efectivo de la terapia entregada y el monto bonificado por el asegurador.

La existencia de pagos pre-establecidos y la contención de costos asociada a los PAD permite mayores bonificaciones y, en último término, un mayor acceso a la salud. Un ejemplo claro de esta situación puede notarse en Chile, a propósito del PAD de partos, el que ha generado un aumento en la cantidad de prestaciones que se acogen a esta forma de financiamiento. Como han reconocido los propios prestadores privados, “El crecimiento de los PAD se da como respuesta natural a la mayor cobertura que significa para las personas usar este tipo de prestaciones, donde se establece un copago fijo y conocido. Particularmente atractivo es el PAD de partos cuya bonificación FONASA corresponde al 75%. Esto ha generado que el 91% de los partos que se realizan bajo la MLE se hagan bajo la modalidad PAD”.³¹⁸

Iguals conclusiones pueden obtenerse al observar la siguiente tabla, incluida en el estudio recién citado:



Fuente: Boletín FONASA.

Fuente: Clínicas de Chile A.G. (2012).

Gráfico 33

³¹⁸ Clínicas de Chile A.G. (2012:69).

El caso inverso, en cuanto a acceso al sistema de salud, aparece en las prestaciones en que el monto del copago es más incierto. Como señalan el estudio de las Clínicas de Chile A.G. (2012), “En prestaciones ambulatorias, donde está definido un arancel y un porcentaje de cobertura real pre-establecido, la cobertura de FONASA funciona relativamente bien, variando en rangos entre 30% y 60%, dependiendo del tipo de prestación y el nivel del prestador demandado. Considerando que la mayoría de estas prestaciones son de relativo bajo costo, los copagos que enfrentan las personas son abordables. Frente a una hospitalización, cuyo diagnóstico no sea PAD, la cobertura del sistema es incierta y muy baja”.³¹⁹

Cabe destacar, nuevamente, que las virtudes de los PAD sólo se manifestarán en la medida que los pagos establecidos se encuentren sobre el costo marginal de entrega de la prestación. El establecimiento de montos de bonificación demasiado bajos puede amenazar el acceso a la salud o disminuir peligrosamente la calidad de las intervenciones.

9. ANÁLISIS DE LA INTEGRACIÓN VERTICAL

La integración vertical es un esquema de propiedad y control sobre las empresas. Las compañías integradas verticalmente están unidas por una jerarquía y comparten un mismo propietario. La integración vertical es la agrupación en la misma organización de varios procesos consecutivos pero separables, necesarios para la producción de un bien o servicio.

Llevar a cabo transacciones en el mercado o en una organización supone costos que se denominan costos de transacción y que dependen de la naturaleza de la transacción y la forma en cómo se organice la misma. Además como sugiere el principio de eficiencia, la tendencia será adoptar el modo organizativo que más economice los costos de transacción (coordinación y motivación)

Las transacciones se realizan a través del mercado cuando hacerlo así es más eficiente y se llevan dentro de la empresa u otro tipo de organización formal (grupo económico) cuando se minimiza el costo de realización. Los costos de transacción son los costos de hacer funcionar el sistema: costos de coordinación y motivación. Uno de los problemas característicos que abordó la economía de los costos de transacción es el grado de integración vertical de las actividades productivas tecnológicamente separables.

El análisis de la integración vertical en las organizaciones sanitarias presenta problemas debido a que la relación secuencial entre actividades no es directa. No está

³¹⁹ *Ídem*, p. 67.

claro si en el proceso productivo se sitúa antes la atención primaria o la especializada. El proceso es relativamente secuencial desde los inputs a los productos intermedios y los servicios, pero a partir de aquí la atención de los distintos episodios o pacientes se va convirtiendo en un entramado de relaciones difíciles de secuenciar.

Algunos financiadores de salud han avanzado en procesos de integración vertical mediante mecanismos de concentración, comprando establecimientos de salud e integrando verticalmente sus servicios de financiamiento con los de prestación. En otros casos son los prestadores quienes han organizado su aseguradora para captar recursos.

En la literatura acerca de los efectos de la integración vertical sobre la competencia en el sector salud, no existe un consenso respecto del efecto anticompetitivo que puede generar este arreglo institucional.

Es importante tener en cuenta cómo se implementa y el marco regulatorio que la respalda, de tal manera que el objetivo común compartido, financiamiento y prestación, no termine perjudicando el acceso a la atención y la calidad de los servicios de salud en desmedro del usuario.

Que una sola empresa o grupo económico se encargue de brindar el financiamiento de la atención de salud, y al mismo tiempo ofrezca la cobertura médica, de laboratorio e incluso de medicamentos (en algunas hipótesis más avanzados de integración completa)³²⁰ nos acercaría a un escenario de intereses contrapuestos que afectan no solo la libre elección del paciente (en cuanto queda cautivo de esta combinación financiador – prestador) sino de la propia calidad de los servicios ofrecidos.

El estancamiento y retroceso de este mercado de planes privados de salud (ISAPRE) que tiene actualmente aproximadamente 2,8 millones de personas constituye una limitación importante para promover y generar competencia entre las mismas ISAPRE y/o promover el ingreso de nuevas ISAPRE al mercado.

El pool de riesgo en el caso de salud necesita ampliarse. En la medida que la población envejece y se vuelve más demandante de recursos, se corre el riesgo del perder el equilibrio económico financiero. En el caso de Chile, la legislación no ha promovido un modelo de “aseguradoras” promotoras de los cuidados y prevención de la salud. Por el contrario, se ha promovido un fuerte enfoque de mercado, basado en el marketing y la diferenciación de servicios a partir de mostrar las últimas tecnologías y establecimientos sofisticados de internación (amenidades) que no tienen una relación directa con la efectividad, calidad y eficacia clínica.

³²⁰ Laboratorios o cadenas farmacéuticas avanzando sobre los financiadores (ISAPRE) para promover la venta de medicamentos bajo receta.

Este mecanismo de “promoción” de las innovaciones tecnológicas médicas, sean o no efectivas,³²¹ resulta incompatible con el equilibrio y la rentabilidad que un asegurador debería representar para comprar los servicios necesarios para su población a cargo. Para protegerse de este “riesgo” la estrategia de las aseguradoras ha sido vincularse con el prestador de diferentes formas, obligando al paciente a desembolsar importantes copagos. El paciente con seguro, dado el riesgo moral, tiende a pedirle al prestador prescripción de medicamentos, estudios de diagnóstico (tomografía, resonancia magnética, etc.) y la última tecnología disponible que ha visto en Internet o que le han comentado otros pacientes, antes de que el médico comience a revisarlo o brinde un diagnóstico.

El caso de Colombia es un ejemplo importante para mencionar. Cuando se puso en marcha la reforma con sus empresas promotoras de salud (aseguradoras) las mismas tendieron a agrupar en un solo paquete los servicios médicos de las clínicas, las farmacias y los laboratorios con el fin de hacerlos trabajar armónicamente. De allí la verticalidad del esquema. Aunque algunos lo cuestionan, el sistema ha resultado provechoso para las aseguradoras, sin embargo ha exigido férreos sistemas regulatorios, para evitar fallas de mercado, abuso de posición dominante y asimetrías entre prestador y usuario, para que el modelo opere finalmente de manera aceptable. Este tema permanece en debate en Colombia donde se limitó la contratación con el prestador propio a un 30% del total.

Los acuerdos verticales entre aseguradoras y prestadores son un fenómeno que permea no sólo la totalidad del sistema de salud nacional sino, desde el auge del “Managed Care” en EE.UU., una característica institucional de los más importantes sistemas de salud a nivel global. En Chile, adicionalmente, dichos acuerdos se entrecruzan con una amplia participación, por parte de las ISAPRE, en la propiedad de los prestadores.

Para comprender la operación de estos acuerdos, sus principales riesgos y eficiencias, debemos primero considerar las modalidades de otorgamiento de los beneficios que las ISAPRE establecen en sus planes.

9.1 Incidencia de la ISAPRE en la elección del consumidor.

Como ya se indicó anteriormente en la sección sobre asimetrías de información, las ISAPRE tienen una influencia crucial en la elección de prestador por parte de los consumidores, determinando de forma importante su elección.

³²¹ Recordemos que no existe en Chile una agencia de evaluación económica de tecnologías sanitarias que permita verificar el costo efectividad de las innovaciones. Este es un tema clave

Esta información es concordante con la literatura extranjera en la materia. En un estudio hecho por Boonen (2009) se mostró que las aseguradoras tienen un rol fundamental como racionalizadoras de la compra de servicios médicos y que existen importantes posibilidades de canalización de los consumidores hacia proveedores y farmacias, lo que puede ser utilizado, bien para guiar a los pacientes hacia los consumidores que proveen los mejores arreglos en términos de costo-calidad, bien para guiarlos hacia los proveedores de interés del seguro. Los potenciales conflictos de interés que subyacen a este tipo de estrategias han hecho que las aseguradoras holandesas sean reacias a implementar esquemas de contratación selectiva, en la medida en que las vuelve menos confiables en su rol frente a los consumidores.

La influencia que la ISAPRE tiene sobre los consumidores chilenos puede ser observada también si se observa la ISAPRE a la que se encuentran afiliados los usuarios de diversos prestadores privados. Veremos, así, que en los casos de integración vertical, los consumidores asisten mayoritariamente a la Clínica que se encuentra integrada con su ISAPRE, como lo muestra el siguiente cuadro elaborado por la Superintendencia de Salud (2010b):

Seg	Clínica/Hospital	Isapre Clientes	%	Prestador Preferente (PP)	
				SI	NO
1	Clínica Alemana	Colmena	47.6%	25.60%	74.40%
		Banmédica	20,4%		
		Vida Tres	20,1%		
2	Clínica Las Condes	Colmena	30.8%	8.80%	91.20%
		Cruz Blanca	22,1%		
		Vida Tres	16,6%		
3	Clínica Tabancura	Consalud	29.4%	18.80%	81.20%
		Colmena	25.0%		
		Banmédica	18,4%		
4	Clínica INDISA	Colmena	39.6%	14.00%	86.00%
		Masvida	16,5%		
		Cruz Blanca	16,7%		
5	Clínica Dávila	Banmédica	70.9%	38,3%	61,7%
6	Hospital Clínico de la P.U.C.	Cruz Blanca	34.6%	No segmenta	
		Colmena	33.9%		
7	Clínica Santa María	Banmédica	54.4%	32.70%	67.30%
8	Clínica Avansalud	Banmédica	66.5%	Es prestador preferente para Consalud y Banmédica	
9	Hospital Clínico de la U.Ch.	Consalud	45.4%	Para 42,8% de clientes era PP y de éstos un 93% son de Consalud .	
		Banmédica	22,1%		
		Cruz Blanca	11,6%		

Fuente: Superintendencia de Salud, Base Datos Prestaciones Bonificadas, Base de Datos de Cotizantes y Carqas

Tabla 36

Reafirmada así la evidencia respecto a la influencia que tiene la ISAPRE sobre la decisión de los consumidores, resta por discutir las potenciales eficiencias y riesgos de la integración.

9.2 Potenciales eficiencias de la integración

Los argumentos centrales para justificar las restricciones verticales en el ámbito de la salud en el ámbito de la salud (y la integración vertical en particular) dicen relación con las eficiencias que estos esquemas institucionales pueden proveer. A continuación se esbozan algunos de los aspectos más importantes.

a) Mejora de la capacidad negociadora.

Esta posible eficiencia ha sido presentada por Gaynor (2011:102), indicando que en la medida que la integración vertical elimina la doble marginalización, y que hospital e ISAPRE no son exclusivos, puede generarse una reducción en los precios del sistema, dado el poder que la integración les da tanto al hospital como al seguro. Así, para que un hospital externo al conglomerado pueda prestar servicios al seguro, debe ofrecer precios más bajos que el costo marginal del mismo servicio en el hospital de la firma integrada. Para que el hospital decida contratar con otra ISAPRE, deberá fijar los precios tan bajo como lo hacen los hospitales de la competencia.

La integración vertical le permite así a la aseguradora integrada tener una alternativa para enviar a sus afiliados si es que los demás prestadores del sistema pretenden aumentar sus precios, mejorando su capacidad negociadora. Si se desglosan los datos por ISAPRE, obtendremos las siguientes conclusiones:

i. ISAPRE que presentan mejor capacidad de negociación de precios bajos

Destacan las habilidades negociadoras de la ISAPRE Colmena, que con su alianza estratégica con la Clínica UC logra casi siempre los menores precios, especialmente en días cama, consultas e imágenes, prestaciones que definitivamente son el grueso del gasto de una ISAPRE. Otra ISAPRE que destaca es Consalud que, con su alianza con Megasalud, cuenta con los menores precios en algunos exámenes, imágenes y procedimientos.

ii. ISAPRE cuyos precios están por sobre el precio de lista

Hay que destacar que en algunas ISAPRE los precios convenidos superan los precios de lista del establecimiento, lo que parece inaceptable. Por ejemplo, la Clínica Alemana y la UC cobran más que el precio de lista a algunos afiliados de Consalud en días cama UTI adulto y en consultas. Por su parte, Banmédica y Vida Tres ven constantemente que sus precios de convenios son recargados en prestaciones como exámenes, imágenes y procedimientos en los distintos prestadores seleccionados.

iii. Los prestadores con mayor varianza en los precios negociados

Sin lugar a dudas el prestador que presenta mayor variación entre el precio máximo y el precio mínimo que acordó por cada prestación es el Hospital Clínico de la UC. Esto puede deberse a que se trata de dos prestadores en uno, el Hospital y la Clínica.

Otros prestadores que figuran entre los que más varianza presentan en sus precios convenidos son: la Clínica Tabancura, el Hospital del Profesor e Integramédica.

iv. Mayores rebajas respecto al precio de lista

La Clínica Indisa es sin duda la que presenta mayores rebajas respecto a sus precios de lista, sorprende que éstos muchas veces sean superiores a los de la Clínica Las Condes, lo que no se condice con sus negociaciones posteriores con las ISAPRE donde sus precios son más bien intermedio.

Niveles de precios y de prestadores: ¿Quiénes compiten más directamente con quiénes?

Observando los niveles de precios convenidos para las distintas prestaciones analizadas, se puede rescatar que existen niveles de precios muy diferenciadores para el segmento superior donde se incluyen a la Clínica Alemana y a la Clínica Las Condes. Sólo excepcionalmente para algunos exámenes y algunas imágenes, existe un convenio del Hospital Clínico de la UC con la ISAPRE Masvida cuyos precios se parecen a los establecidos por estas clínicas más caras.

Existe un segundo nivel de precios que está compuesto por un grupo relativamente estable de prestadores en las distintas prestaciones analizadas, donde generalmente se encuentran: la Clínica Santa María, la Tabancura, la Indisa, el Hospital Clínico de la UC. Algunas veces también se encuentra en este grupo la Clínica Dávila y el Hospital del Trabajador.

El nivel de precios más bajos está compuesto por los prestadores: Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Hospital del Profesor, Clínica Dávila, Integramédica, Avansalud y Megasalud y a veces también se encuentra en este grupo a las Clínicas Indisa, Tabancura y al Hospital Clínico de la UC.

b) Evita el riesgo moral.

Este es uno de los argumentos centrales para la justificación de la integración vertical. Para su comprensión, cabe destacar que el riesgo moral es una consecuencia

principalmente del problema de *demanda inducida*. El paciente normalmente demandará sólo la cantidad de salud que un experto/prestador le diga que debe consumir, por lo que será dicho prestador el que tenga el control de la demanda.

La integración vertical alinea los incentivos de la ISAPRE con los del prestador, en la medida en que ambos se benefician de las ganancias de cada uno. En ese caso, el prestador no impondrá costos excesivos sobre la ISAPRE, evitando un sobre-consumo de salud que pueda ser perjudicial para el seguro. Por otro lado, dicha integración facilita el monitoreo del prestador por parte de la aseguradora, la que podrá fiscalizar que no se malgasten los recursos.

No obstante este argumento cuenta con cierta plausibilidad, las secciones anteriores han mostrado que el problema del riesgo moral está más vinculado al sistema de pago establecido que al régimen de propiedad.³²² Así, la existencia de un FFS provee incentivos para que el prestador realice un mayor número de exámenes y prolongue las estadías en el hospital, privilegiando el volumen por sobre la efectividad de las intervenciones. Para limitar el problema del riesgo moral, una mejor solución es la paquetización de prestaciones mediante PAD: dicha estrategia tiene un efecto más claro sobre el problema del riesgo moral que el tipo de propiedad que se establezca entre asegurador y prestador.

Por otro lado, si la integración vertical evita el problema del riesgo moral, no resulta claro por qué las aseguradoras en muchos casos cobran copagos a sus afiliados aún cuando estos se atienden en prestadores que se encuentran verticalmente integrados con el seguro.

c) Fomento de inversiones.

Para que una empresa esté dispuesta a realizar grandes inversiones en activos, más cuando estos son específicos, resultará deseable que se le entregue alguna seguridad de que recuperará dicha inversión. De lo contrario, la inversión resultará demasiado riesgosa y no se realizará aunque sea socialmente beneficiosa.

La alianza con una aseguradora puede otorgar la seguridad necesaria a los proveedores para invertir. En la medida que la aseguradora puede garantizar un flujo de pacientes razonable para ocupar las nuevas instalaciones, el prestador tendrá cierta seguridad de que recuperará el dinero invertido.

³²² En el mismo sentido, véase Frank *et al* (1995: 62).

d) Menores costos.

La integración vertical entre aseguradoras y prestadores permite una importante disminución de costos en al menos dos variables relevantes.

En primer lugar, la ISAPRE que establece algún tipo de acuerdo con el prestador podrá obtener menores precios, mediante un sistema de descuentos por volumen. La ISAPRE se compromete a enviar un cierto volumen de pacientes al prestador y este reduce los precios que cobra a la ISAPRE por cada prestación. Esta es la función normal de los convenios entre prestadores y aseguradoras.³²³

En segundo lugar, si a lo anterior se agrega un elemento de propiedad común entre la ISAPRE y el prestador, puede producirse un ahorro adicional de costos por la vía de evitar costos de transacción. La negociación de descuentos por volumen y el establecimiento de acuerdos entre aseguradoras y prestadores implican costosas negociaciones que deben realizarse con cierta periodicidad. La propiedad común evita los costos de dichas negociaciones y facilita la observación de precios por parte de la ISAPRE. De hecho, en la medida en que la ISAPRE integrada negocia con otros prestadores, este sistema integrado también facilita al prestador integrado la observación de precios de la competencia. Esto puede darle señales a dicho prestador respecto de su propia eficiencia (si está gastando demasiado en algunas prestaciones en comparación con la competencia), pero también tiene el riesgo de facilitar la colusión, incluso tácita.

No obstante los ahorros de costos recién descritos, estos benefician principalmente a la aseguradora. No existe evidencia clara de que dichas eficiencias impliquen menores precios para los consumidores, lo que dependerá principalmente de la competitividad del mercado, tanto de aseguradoras como de prestadores.

A continuación revisaremos las críticas que se han hecho a los modelos de integración vertical asegurador-prestador.

9.3 Riesgos de toda forma de acuerdo vertical: argumentos a favor de un sistema único de libre elección.

En su artículo “Redefining Competition in Health Care” Porter y Olmsted (2004) argumentan en contra del particular *tipo* de competencia que existe al interior del área de la salud. Señalan estos autores que, no obstante la competencia puede ser beneficiosa para mejorar los resultados en este ámbito, las formas de competencia

³²³ Lo mismo ocurre en Inglaterra. Véase OFT (2012).

existentes se producen en un nivel equivocado, deteriorando la calidad de los servicios y los resultados obtenidos. En vez de una competencia productiva, alegan, el ámbito de la salud se encontraría invadido por procesos competitivos de suma-cero: competencia por traspasar los costos de un actor a otro (se las aseguradoras a los pacientes y prestadores, de los prestadores a los pacientes y médicos, etc.), en vez de reducirlos; competencia en busca de un mayor poder negociador; competencia a nivel de planes y no en base a prestaciones.³²⁴ La causa de estas estructuras de competencia se encontraría en los acuerdos verticales que celebran las aseguradoras con los prestadores, los que establecen una gama de distorsiones que discutimos a continuación.

a) Tendencias a la concentración

En primer lugar, los autores advierten sobre el “efecto dominó” que genera la celebración de convenios entre aseguradoras y prestadores. Dado que las aseguradoras controlan el flujo de pacientes y determinan los prestadores a los que ellos asistirán, los prestadores (salvo casos muy emblemáticos) necesitarán los servicios del asegurador para mantener un flujo de demanda razonable. Como Capps (2009) ha mostrado ya, las aseguradoras ejercen un importante poder monopsónico sobre los prestadores, en la medida en que un término del convenio obligará al prestador a reemplazar el flujo de pacientes que antes recibía. Dado que la falta de pacientes produce una pérdida por día al prestador, y dado que los prestadores pueden demorar varios días en recuperar el nivel de pacientes existente durante el convenio, el poder de amenaza por parte del asegurador puede llegar a ser sustantivo.³²⁵

Para defenderse de dicha presión, los prestadores tienden a concentrarse, aumentando de esa manera su poder negociador. A similares resultados han llegado Berenson *et al.* (2010), quienes han citado como una de las principales causas de integración entre prestadores el aumento de poder negociador por parte de las aseguradoras. El riesgo, por supuesto, es que este tipo de conductas generen una escalada: que la concentración de prestadores motive mayor nivel de concentración por parte de los médicos y de las aseguradoras, lo que aumenta los incentivos a la concentración de los prestadores (se establece así un círculo vicioso).

³²⁴ Poter y Olmsted (2004:2)

³²⁵ Capps (2009:379 y ss.)

b) Generación de barreras de entrada ('foreclosure')

Este es uno de los problemas más frecuentemente mencionados cuando se analizan los acuerdos verticales entre prestadores y aseguradoras y es uno de los principales riesgos que detecta la OFT (2012), en el capítulo 8 de su estudio sobre el mercado privado de salud (titulado: "Barriers to Entry and Expansion").

En la medida en que los convenios entre aseguradoras y prestadores se convierte en la regla general, esto puede aumentar los costos de entrada para nuevos aseguradores y prestadores. En el caso de un nuevo entrante al mercado de aseguramiento, éste tendrá que establecer convenios con prestadores que resulten beneficiosos para los consumidores para así atraer afiliados a sus planes de salud. Por otro lado, para que los prestadores estén dispuestos a celebrar convenios con dicha aseguradora, ésta debe contar con una cartera de clientes lo suficientemente amplia como para garantizar un flujo de pacientes al prestador. Algo similar ocurre con la entrada de nuevos prestadores, los que deben obtener el reconocimiento por parte de un seguro existente como garantía de que recuperarán los costos de la inversión hecha al entrar. Estas dificultades pueden implicar una importante barrera de entrada para nuevos actores al mercado.

La OFT muestra que la tendencia recién señalada puede verse agravada por malas prácticas de parte de los actores existentes. Es frecuente encontrar en Inglaterra ciertos convenios entre prestadores y aseguradoras que evitan la entrada de nuevos actores al mercado. Así, por ejemplo, algunas aseguradoras deben pedir autorización a los prestadores con los que tiene convenio para el reconocimiento de nuevos prestadores. Las "most-favoured-nation clauses" y los descuentos por volumen son cláusulas que, indirectamente, afectan la entrada, aumentando artificialmente la escala mínima que requiere un nuevo actor para ser operativo.

c) Suavización de la competencia por calidad

El mayor riesgo de las restricciones verticales detectado por Poter y Olmsted (2004) es la suavización de la competencia por calidad que dichos acuerdos producen. En la medida en que los prestadores tienen un flujo de pacientes garantizado por parte de la aseguradora, tendrán bajos incentivos a competir por calidad con los demás prestadores del mercado. Por otro lado, si el acuerdo es beneficioso también para el asegurador (en la medida en que obtiene buenos descuentos) se generará un incentivo al ocultamiento de información: la ISAPRE no estará interesada en mostrar la existencia de prestadores alternativos de mejor calidad, en la medida en que el acuerdo celebrado con la ISAPRE le resulta conveniente. Esto destruye el rol que puede cumplir la ISAPRE, como un agente que orienta a los pacientes hacia las prestaciones

que resultan más costo-efectivas, alineando parcialmente sus incentivos con los del prestador.

9.4 Riesgos de la integración vertical: problemas adicionales de la propiedad común

La existencia de una propiedad común entre ISAPRE y prestador agrava algunos de los problemas recién mencionados y genera algunas distorsiones adicionales. La razón principal de ello se debe al alineamiento completo de intereses entre seguro y prestador que dicha propiedad común produce, destruyendo completamente la función de agencia que la ISAPRE está llamada a cumplir.

Evidentemente, la suavización de la competencia por calidad en este caso es absoluta. El asegurador se verá directamente perjudicado por la existencia de información respecto a prestadores alternativos al de su propiedad, que puedan entregar a los clientes un tratamiento de mayor calidad y/o menor costo. Las aseguradoras se beneficiarán, por tanto, de la opacidad del mercado, contribuyendo al problema que se encuentran llamadas a resolver.

Un agravante adicional, que merece especial mención, es que contrario a lo que se piensa, la propiedad común puede agravar el problema del riesgo moral, fomentando el sobre-consumo de prestaciones médicas por parte de los particulares. Un caso patente de esto se produce de la lectura del prospecto de emisión de bonos de Banmédica (Banmédica, 2012, p. 14) en que se indica explícitamente que “el factor de ocupación promedio ponderado de las principales Clínicas de Banmédica en Chile alcanza el 78%, cifra superior al resto de la industria”. Este altísimo factor de ocupación es mostrado a los inversionistas como una consideración importante para mostrar la rentabilidad del *holding* Banmédica, frente a otros actores del sistema. Si esto se coteja con el porcentaje que en la facturación total de dichos prestadores representan las prestaciones hospitalarias (específicamente, el “día cama”³²⁶), veremos que, de hecho, el holding obtiene importantes rentabilidades por la vía de mantener las piezas de sus clínicas constantemente ocupadas. Incluso con un copago pequeño, el costo marginal que representa para la Clínica la entrega de un día cama (dado que existe exceso de capacidad instalada, como lo muestran las mismas declaraciones de Banmédica) es bajísimo, por lo que pueden obtener importantes utilidades por esta vía.

³²⁶ Véase, *supra*, p. 65.

Si descomponemos la tasa de ocupación de las camas por grupo, obtendremos los siguientes datos³²⁷:

Grupo	# camas	% ocupación
Masvida	152	n.a.
Red Salud	1226	60%
Banmédica	1098	76%
Cruz Blanca	358	57%

Fuente: Elaboración propia en base a información de Fonasa y Superintendencia de Salud.

Tabla 37

Las consideraciones anteriores nos muestran que, en el caso de propiedad común, el seguro no tiene buenas razones para evitar que la Clínica sobre-hospitalice pacientes, pues no pagará los costos de dicha sobre-hospitalización. Muy por el contrario, la ISAPRE obtendrá rentabilidades de esta conducta, lo que muestra la completa alineación de incentivos entre seguro y prestador. Esto puede ser extendido a toda otra prestación médica (exámenes de diagnóstico, por ejemplo) en que el copago que debe efectuar el paciente sea mayor al costo marginal de ofrecer la prestación. En todos estos casos, un mayor volumen de prestaciones será rentable para la Clínica, fomentando el sobre-consumo por parte de los afiliados.

10. REGULACIÓN

La complejidad de los sistemas de salud exige avanzar en nuevos instrumentos de regulación superadores de la utilización parcial del instrumento jurídico. El mercado brinda también instrumentos claves de regulación del sector, como por ejemplo el poder de compra de algunos financiadores muy relevantes por la cantidad y la diversidad de prestaciones y prestadores a los cuales contrata o financia. Es el caso de FONASA en Chile.

³²⁷ Clínica Magallanes y otras clínicas pertenecientes a la sociedad de clínicas regionales se incluyo en Red Salud (Consalud), pero Másvida tiene parte de la propiedad. No se encontró información para la ocupación de las clínicas asociadas a Másvida

Estados Unidos que cuenta con un sistema de salud privado muy diversificado y pluralista, con ausencia de un Estado regulador fuerte (Secretaría de Salud), hace años que comprendió la importancia de regular e introducir innovaciones organizativas y gerenciales claves dentro del sistema (por ejemplo para controlar el gasto). Dichas reformas han sido canalizadas a través de su mayor comprador de servicios (Medicare)³²⁹ que tiene más de 45 millones de personas cubiertas. Cuando se agotó el modelo de pago por servicios (FFS) por el constante y permanente aumento del gasto en salud, se tendió a introducir el pago prospectivo a través del Programa Medicare. Se comenzó a pagar a los prestadores con esa modalidad, lo que motivó su introducción por todas las empresas de medicina prepaga (HMO). Con la calidad de los prestadores (estructura, procesos y resultados) pasó algo similar. La acreditación es voluntaria en Estados Unidos, pero el prestador que no está acreditado por la 'Joint Commission'³³⁰ no puede proveer servicios a Medicare. En consecuencia, los prestadores fueron plegándose a esta tendencia en forma inmediata. Un gran comprador de servicios es un regulador clave que debe trabajar en forma conjunta con la superintendencia. No son suficientes las sanciones o las advertencias en este mercado para cambiar conductas y comportamientos, sino que es necesario que el proveedor perciba que se puede quedar fuera del mercado si no innova y se adapta a las exigencias en materia de calidad y modalidades de pago.

Las políticas de un gran comprador de servicios dan forma, para peor o para mejor, al resto del sistema. Si FONASA promueve una asistencia de menor coste y mejor calidad, todos se benefician. Los hospitales y médicos transferirían las mejoras a otros pacientes quienes pagarán menos copagos y aportes.

Otro mecanismo fundamental de regulación son las agencias de evaluación de tecnologías que se encargan del proceso de análisis e investigación, dirigido a estimar el valor y contribución relativos de cada tecnología sanitaria a la mejora de la salud individual y colectiva, teniendo además en cuenta su impacto económico y social. Las agencias disminuyen la asimetría informativa y proveen a los financiadores públicos y privados elementos técnicos (estudios de costo-efectividad) sobre las diferentes innovaciones que pueden incorporarse al esquema básico de protección de la salud con financiamiento solidario. El objetivo final de dichas agencias es proporcionar respuestas a preguntas que se plantean los diferentes actores que operan en el escenario sanitario a nivel macro, meso y micro. Por tanto, no sólo es útil a los

³²⁹ En 2008, Medicare proporcionaba cobertura de salud a 45 millones de estadounidenses, haciendo de éste el mayor sistema de salud con pagador único en el país.

³³⁰ La Joint Commission es una organización no gubernamental, independiente y sin ánimo de lucro que acredita a más de 20.000 organizaciones sanitarias en los Estados Unidos de América y que actualmente colabora con más de 70 países de todo el mundo

prestadores privados, sino que también sirve a los poderes públicos, aseguradores, administradores y ciudadanos.

Los desarrollos que está realizando el Instituto de Salud Pública de Chile en torno a la evaluación de tecnologías sanitarias se debería integrar al accionar regulatorio del sistema. Resulta auspicioso observar una mayor cooperación y trabajo conjunto entre los organismos de tal manera de lograr un enfoque integral regulatorio del aseguramiento de servicios de salud.

PARTE 5. RECOMENDACIONES

1. Disminuir las asimetrías de información en materia de planes de salud.

- a. Eliminar la dispersión en materia de producto.** La existencia de más de 12.000 planes que las Isapres comercializan al día de hoy hace absolutamente imposible, por una parte, la comparación de los mismos por un consumidor y contribuye, por otra, al *statu quo* de los cotizantes afiliados a una Isapre, lo que queda en evidencia al constatar las bajas tasas de movilidad que presenta el sistema. Lo anterior disminuye los incentivos a que los aseguradores compitan por precio y calidad.

La dispersión en esta materia se ve aumentada por la ausencia de una nomenclatura común entre las distintas aseguradoras para la denominación de los beneficios que ofrecen. La Superintendencia de Salud ha señalado ya que existe una enorme dificultad de comparación entre las prestaciones que ofrece una y otra Isapre, dado que no existe una glosa común ni un nombre general para denominar cada beneficio. A ello se agrega la incorporación por parte de las Isapres, bajo el nombre de “prestaciones adicionales”, prestaciones que no pertenecen a dicha clasificación (como las que se encuentran contenidas en el arancel de FONASA).

En este sentido, un primer esfuerzo a destacar (y que debe ser mantenido) es la línea de trabajo sostenida por la Superintendencia de Salud denominada “Estandarización y Simplificación de Planes de Salud”, el que ha tendido a la generación de una nomenclatura común para las diversas prestaciones bonificadas y la construcción de mecanismos de comparación entre los planes ofrecidos. Resulta fundamental, para lograr una comparación transversal al sistema, que las denominaciones sean trabajadas en conjunto con FONASA, transparentando las similitudes y reduciendo las diferencias entre los sistemas privado y público.

La multiplicidad de planes vigentes en el sistema (más de 50.000), ha permitido la existencia de verdaderos nichos de mercado independientes entre sí y eliminado la real posibilidad de constituir un *pool* de riesgo para las aseguradoras. La principal herramienta para homogeneizar el producto a ofrecer por parte de las Isapres, pasa por el establecimiento del Plan Garantizado de Salud, terminando de esta manera con la dispersión de prestaciones. La construcción de un conjunto

único de prestaciones, perfectamente comparables, permitirá que la competencia se produzca a nivel de precios, mejorando la transparencia del sistema.

No obstante lo anterior, los esfuerzos de la Superintendencia seguirán siendo valiosos, para evitar que la opacidad y dispersión actual se vea replicada en la contratación de planes complementarios. El hecho de que dichos planes se contraten de manera separada al plan básico (permitiendo incluso pactar el plan básico y el plan complementario con Isapres distintas), constituye una buena herramienta de contención.

- b. Valores en unidades comparables.** A la fecha, para determinar el valor de las prestaciones y el monto de su bonificación, las Isapres tienden a utilizar múltiples aranceles, lo que dificulta que los consumidores puedan comparar el precio efectivo de las prestaciones en cada Isapre y para cada plan, limitando aún más la capacidad de éstos de elegir aquella Isapre que mejor cobertura ofrece a dicho consumidor y disminuyendo los incentivos de las aseguradoras a competir por precio.

En la lectura de los planes de salud, se puede observar que los montos relevantes se encuentran definidos conforme a unidades cuya comparación resulta sumamente difícil. Los montos de bonificación, topes, copagos y valores referenciales se encuentran definidos, bien en UF, bien como un valor calculado sobre la base de un arancel de referencia al que el usuario no puede acceder fácilmente.

No existe una justificación clara de esta enorme dispersión de aranceles, los que no están asociados a ninguna eficiencia evidente sino que, por el contrario, contribuyen gravemente a la opacidad del sistema. Resultará crucial la existencia de un arancel único, que permita comparar fácilmente las prestaciones de las Isapres entre sí y con FONASA, al menos para las prestaciones que están contenidas en el arancel de este último. Un índice claro, para estos efectos, sería definir los montos de bonificación y copago en referencia a un “valor arancel de FONASA”, explicitando la relación que existe entre la cobertura ofrecida por el seguro público y la que entrega el asegurador privado.

- c. Cotizador virtual.** Atendidas las dificultades prácticas que presenta cotizar los diversos planes, parece sumamente adecuado fortalecer iniciativas que permitan cotizar simultáneamente los planes disponibles, entregando las mejores alternativas precio-calidad disponible en el sistema.

La construcción de un comparador de planes electrónico, administrado por un organismo técnico independiente (como la Superintendencia de Salud), puede contribuir de forma importante a la reducción de asimetrías de información en el sistema, aumentando la movilidad de los afiliados.

- d. **Fortalecimiento del ranking.** La necesidad de incentivar la competencia entre aseguradores hace indispensable transparentar, de cara a los consumidores, indicadores de calidad del sistema, máxime en la medida que el Plan Garantizado de Salud entre en vigencia. En ese sentido, iniciativas como el “Ranking de Isapres” publicado por la Superintendencia constituyen un aporte fundamental a la hora de entregar información a los consumidores que permita elegir la Isapre que mejor se ajuste a sus reales necesidades.

2. Disminuir las asimetrías de información en materia de prestadores.

- a. **Transparentar indicadores de calidad por servicio.** Tal y como se señaló en el informe, los consumidores carecen actualmente de información fidedigna respecto a la calidad de los servicios de los prestadores, siendo el precio el principal indicador de calidad de servicio. Esto se ve agravado en la medida que, de acuerdo al informe de Criteria Research, el prestador es una variable relevante para los consumidores al momento de elegir su plan de salud. Dicho plan otorga poder a la Isapre para derivar a sus afiliados a los centros médicos de su preferencia, constituyendo un factor de distorsión adicional a la hora de comparar planes.

En ese sentido, la acreditación de prestadores es un avance importante en dirección a establecer un estándar mínimo de calidad de prestaciones, disminuyendo la asimetría informativa y aumentando la capacidad de elección por parte de los consumidores.

- b. **Indicadores de precios: paquetización.** No obstante los reiterados esfuerzos por parte de la Fiscalía Nacional Económica, en el sentido de hacer públicos los precios de los diversos tratamientos que ofrecen los prestadores, la publicación de los “precios de lista” ha resultado insuficiente para transparentar el costo efectivo de las prestaciones médicas.

No sólo la variación de precios entre una institución y otra, para la misma prestación, es desconcertante, sino que, por la naturaleza misma del bien ofrecido, el consumidor tendrá muy pocas herramientas para determinar *ex-ante* el costo individual en que deberá incurrir. La alta especialización de los servicios implica un desconocimiento por parte del paciente respecto al

volumen de intervenciones al que será sometido, el tipo de insumos médicos que serán utilizados, los exámenes a realizar, los especialistas a los que será derivado, tiempos de hospitalización, etc. De esta manera, el gasto de bolsillo (copago efectivo) sólo será conocido por el consumidor luego de efectuada la prestación, encontrándose entonces en un estado de indefensión.

Se agrega a la dispersión de precios anterior que los descuentos no dependen sólo del volumen de prestaciones sino que, en una medida importante, de la Isapre a la que el paciente se encuentre afiliado.

La paquetización de prestaciones, en que los pagos se vinculen a un diagnóstico previo y no a un número determinado de intervenciones, podrían constituir un mecanismo idóneo para lograr diversos objetivos, dentro de los cuales cabe destacar:

- i. Desde una perspectiva de competencia, se establecen copagos conocidos de antemano, lo que permite la comparación de precios entre prestadores por parte de los consumidores o sus agentes (Isapres o médicos generalistas).
- ii. En relación a las fallas propias de los sistemas de seguros, la paquetización de prestaciones, mediante el establecimiento de un sistema de pagos prospectivos, permite contener costos, aliviando los problemas generados por el “riesgo moral”. En la medida en que se paga por diagnóstico y no por volumen de prestaciones, el prestador tendrá incentivos para limitar el número de prestaciones y orientar sus esfuerzos hacia las que resulten más costo-efectivas. Esto permite solucionar, a su vez, problemas de cobros excesivos en materia de insumos médicos, dado que los prestadores, por ejemplo, suelen cobrar precios muy superiores a los de mercado en los medicamentos que utilizan para sus intervenciones.
- iii. La paquetización no debiese alterar la calidad de las prestaciones ofrecidas, en la medida en que existan efectivos mecanismos de fiscalización y que dichos pagos se asocien a variables adicionales de calidad. Típicamente, los pagos asociados a diagnósticos cubren no sólo la prestación originaria, sino también eventuales complicaciones futuras y reingresos, los que, en caso de ocurrir dentro de cierto periodo, no otorgan derecho a un segundo cobro por parte del prestador. El énfasis de los centros médicos estará, por tanto, en buscar un equilibrio entre volumen y calidad, fomentando la utilización de tecnologías costo-efectivas.

Lo anterior no obsta a que, aunque la paquetización se instaure como piedra angular del sistema de pagos, ésta pueda ser corregida en el margen mediante pagos vinculados a calidad (por ejemplo, incentivos para la utilización de mejores tecnologías, mayores controles internos, etc.)

- c. **Replicar estrategia de ranking.** En la medida en que las diversas variables de calidad de prestadores se hagan públicas, la Superintendencia de Salud podría replicar esfuerzos similares al del “ranking” elaborado para las Isapres. Dentro de los datos importantes a considerar se encuentran, número de reingresos, tiempos de estadía, tasa de mortalidad ajustada por riesgo, infecciones intrahospitalarias, entre otras. La definición de estos criterios es sumamente delicado, en la medida en que vuelve observables ciertas variables en desmedro de otras, fomentando un énfasis de los prestadores en su control.

Los estándares de calidad debiesen ser transversales al sistema de salud, permitiendo una comparación entre prestadores privados y públicos por igual.

3. Incentivos en materia de planes de salud.

- a. **Disminución de la cautividad en el sistema.** Una de las características que más afecta la competencia al interior del mercado de seguros de salud dice relación con la baja movilidad de los afiliados entre planes. A los problemas propios de las asimetrías de información, se agrega la variable de cautividad, entendida como el impedimento que sufren los afiliados al sistema privado para mudar su plan de Isapre. Esto afecta, por ejemplo, a mayores de 60 años e individuos que han sufrido ciertas patologías específicas, quienes no serán aceptados en ningún plan alternativo.

El principal remedio, propuesto en el proyecto de reforma al sistema de Isapres actualmente en tramitación, está en el establecimiento de un fondo de compensación por riesgos y la creación de un plan garantizado, lo que permitirá eliminar la discriminación por edad al interior del sistema de Isapres, complementado con la prohibición de considerar “pre-existencias” para todo sujeto actualmente afiliado al sistema privado.

Tal y como fue propuesto por parte de la comisión presidencial de 2010, cabe considerar la posibilidad de instaurar un fondo de compensación común con FONASA, permitiendo así el libre tránsito entre el sistema público y el sistema privado de salud, introduciendo mejoras en diversos aspectos del sistema:

- i. Permitirá una ampliación enorme del *pool* de riesgos con el que trabajan las aseguradoras, lo que debiese generar eficiencias importantes en un mercado de seguros bien construido (permite un cálculo más preciso de los riesgos). Actualmente las Isapres operan con un mercado de 1,4 millones de cotizantes y menos de 3 millones de beneficiarios lo que, en comparación con lo que ocurre internacionalmente, parece muy reducido.
- ii. Fomenta la competencia en la medida en que el número de potenciales demandantes de seguros privados tendería a crecer considerablemente. Este aumento en la demanda puede verse reforzada por la provisión de subsidios estatales a los sujetos que quieran afiliarse al sistema privado pero que, por cualquier motivo, no estén en condiciones de contratar el PGS.

Un incremento importante en los demandantes potenciales de seguros privados fomenta la entrada de nuevos actores y genera un libre tránsito entre el seguro público y el privado los que podrían, eventualmente, convertirse en competidores. En la medida en que los beneficios del plan garantizado de salud, ofrecido por las Isapres, son equivalentes a los que provee FONASA en la Modalidad de Libre Elección, se crea un producto homogéneo para todo el Sistema de Salud. La única variable relevante para el consumidor serán, entonces, los prestadores a los que cada asegurador le permita acceder. La competencia entre las aseguradoras por la vinculación con los mejores proveedores fomenta a su vez una competencia entre proveedores, encaminada a la obtención de un mayor volumen de paciente (celebración e convenios con un mayor número de seguros). La acreditación, a su vez, sirve los objetivos de ambos sistemas de seguro.

- iii. La existencia del fondo de compensación por riesgos mantiene la viabilidad del sistema, en la medida en que las Isapres serán compensadas si reciben únicamente riesgos malos. La ausencia de selección por riesgos y la omisión de las pre-existencias puede significar, además, importantes ahorros en costos administrativos y de litigación.
- b. Establecimiento de un IPC de Salud.** Otro de los aspectos relevantes del proyecto de reforma a las Isapres considerado en este informe, dice relación con la construcción de un IPC de salud por parte de un Comité de Expertos, sobre la base de datos proporcionados por el INE. Demás está decir que es este un elemento crucial para el funcionamiento efectivo del Plan Garantizado de Salud, evitando modificaciones arbitrarias de su precio.

Los ahorros en costos de litigación y el establecimiento de una base objetiva para la variación del precio de los planes de Isapre es sólo uno de los aspectos positivos de esta iniciativa. No es menos relevante, para efectos de la construcción de indicadores cualitativos, contar con un índice que explicita cuánto de la variación del precio es imputable a los mayores costos de las prestaciones (comúnmente ligadas al uso de nuevas tecnologías o aumento en su frecuencia) y cuánto a un incremento en los cobros por parte de los prestadores.

4. Incentivos en la selección de prestadores.

- a. **Modalidades de pago: convenios.** En la medida en que las Isapres son libres para celebrar convenios con los prestadores, ello puede fomentar el establecimiento de descuentos por volumen que resulten beneficiosos para ambas partes de la transacción. Dichos acuerdos permiten reducir costos, los que, en un mercado competitivo, debería transferirse a los consumidores. Cabe, no obstante, advertir que dichos convenios generan potenciales barreras de entrada, las que han sido analizadas minuciosamente en sistemas sanitarios de otros países. Sus potenciales eficiencias deben ser siempre contrastadas con sus riesgos potenciales, siendo sometidas a escrutinio constante.

Puede destacarse, no obstante, que los convenios son mecanismos idóneos para el establecimiento de un mecanismo de pagos eficiente. En la medida en que el seguro puede compartir el riesgo con el proveedor, se abre un espacio para acordar pagos asociados a diagnóstico en el ámbito hospitalario y pagos capitados en la atención primaria (ambulatoria), dando incentivos a la prevención, atención continua e integral del paciente, así como al uso racional de los recursos.

Se presenta un riesgo adicional en la suavización de la competencia por calidad de los prestadores, en la medida en que se les garantiza un flujo importante de pacientes. Si el prestador no necesita hacer esfuerzos para captar consumidores y el seguro recibe un trato conveniente en términos de costos, no existirán incentivos a revelar datos sobre calidad de las prestaciones que puedan fomentar cambios por parte de los afiliados, ni a defender los intereses de los afiliados.

- b. **Integración vertical: propiedad.** La propiedad común de aseguradoras y prestadoras genera una alineación de incentivos entre ambas que distorsiona la función de agencia que el seguro está, por su naturaleza, llamada a cumplir (primordialmente, representar a la colectividad en la negociación y compra de

prestaciones de salud). No obstante las eficiencias que pueden obtenerse en el ahorro de costos de transacción y disminución de los riesgos de sobre-consumo (problema del riesgo moral), no es evidente que dichas eficiencias superen los riesgos asociados, máxime cuando existen mecanismos alternativos, menos lesivos, para obtener objetivos semejantes (normalmente los problemas de riesgo moral pueden ser abordados de forma más efectiva a través de un sistema de paquetización y pagos prospectivos).

Por el contrario, la existencia de propiedad común puede generar tendencias a la sobre-hospitalización, toda vez que la rentabilidad de los prestadores hospitalarios privados está asociado a las tasas de ocupación de las instalaciones (volumen de prestación 'día-cama'), lo que incluso ha sido reconocido por los grupos empresariales en sus prospectos de emisión de bonos. Por otro lado, la supuesta morigeración del riesgo moral resulta incoherente con el establecimiento de copagos cuando el paciente es derivado a prestadores que están integrados con el seguro.

La estructura de propiedad aquí reseñada requiere ser sometida a un minucioso análisis, existiendo importantes riesgos asociados. La influencia de la Isapre en la elección del consumidor puede generar cierta cautividad del mismo, quien verá severamente limitadas sus posibilidades de elección, sin beneficios evidentes. Las advertencias hechas a propósito de los convenios, respecto a la suavización de la competencia por calidad, deben ser aquí subrayadas. Mención adicional merece el riesgo de colusión tácita que este esquema genera, toda vez que el seguro negocia precios y condiciones con prestadores que compiten (potencialmente) con su prestador relacionado.

En lo inmediato, la existencia de integración vertical debiese estar correlacionada con la ausencia de copagos en caso que el asegurador quiera derivar pacientes a prestadores de su propiedad, garantizando así un efectivo traspaso de eficiencias a los consumidores, al menos en parte. Recomendaciones adicionales requieren estudios específicos que desarrollen en mayor detalle los potenciales riesgos y eficiencias de esta forma de integración.

BIBLIOGRAFIA

- Abrantes-Metz (2012) *Why a reduction in Health Care Costs Per Se May be a Misleading Policy Objective*, Competition Policy International.
- Agostini, Claudio; Saavedra, Eduardo; Willington, Manuel (2007) *Colusión en el Mercado de ISAPRE: Modelación y Evidencia Empírica*, Ilades Georgetown University Working Papers Inv-184, Ilades Georgetown University.
- Agostini, Claudio; Saavedra, Eduardo; Willington, Manuel (2010) *Collusion among Health Insurers in Chile: Good, Bad, and Ugly reasons in a Split decision*, Antitrust Chronicle, Competition Policy International, vol. 7.
- American Medical Association, Private Sector Advocacy Unit (2007) *Competition in health insurance*.
- Aoki, M. (1986) "Horizontal vs Vertical Information Structure of the Firm", American Economic Review, 76(5).
- Arrow, K. *La incertidumbre y el análisis del bienestar de las prestaciones médicas*, Development and operation policy, HRO Working Papers,
- Ayala Espino José "Instituciones y Economía. Una introducción al neoinstitucionalismo económico" Fondo de Cultura Económica (2000).
- Banmédica S.A. (2011) Memoria anual año 2011. En línea: <http://www.empresasbanmedica.cl/memorias/Memoria-2011-notas.pdf>
- Banmédica S.A. (2012) – *Prospecto Comercial. Emisión de Bonos Desmaterializados, Abril 2012*. Disponible en: <http://www.empresasbanmedica.cl>
- Berenson, R., Ginsburg, P., and Kemper, N. (2010). *Unchecked provider clout in California foreshadows challenges to health reform*. Health Affairs, 29.
- Banmédica S.A. (2012) – *Prospecto Comercial. Emisión de Bonos Desmaterializados, Abril 2012*. Disponible en: <http://www.empresasbanmedica.cl>
- Barr, Nicholas (2012) *The Economics of the Welfare State*, OUP, 4th Edition.

VERSION PRELIMINAR SUJETA A CORRECCIONES FORMALES

- Barro, J.; Huckman, R.; and Kessler, D. (2006). *The effects of cardiac specialty hospitals on the cost and quality of medical care*, Journal of Health Economics.
-
- Berenson, R., Ginsburg, P., and Kemper, N. (2010). *Unchecked provider clout in California foreshadows challenges to health reform*. Health Affairs, 29.
- Birkmeyer, John D.; Gust, Cathryn; Baser, Onur; Dimick, Justin B.; Sutherland, Jason M.; Skinner, Jonathan S. (2010) - *Medicare payments for common inpatient procedures: Implications for episode-based payment bundling*.
- Cárdenas, Jose Luis; Montt, Santiago (2011) *La declaración de inconstitucionalidad del artículo 38 ter de la ley de ISAPRE: mitos y realidades de un fallo histórico*, Anuario de Derecho Público UDP, 2011 número 1.
- Congressional Research Service (CRS) (2011) – *PPACA: A Brief Overview of the Law, Implementation, and Legal Challenges*. CRS Report for Congress.
- Cooper, Zack (2012) *The very English Experience with Competition: Lessons from Britain's National Health Service*, OECD, [DAF/COMP(2012)9].
- Cooper, Z.; Gibbons, S.; Jones, S.; McGuire, A. (2011). *Does hospital competition save lives? Evidence from the English NHS patient choice reforms*. Economic Journal.
- Capps, Cory (2009) *Buyer Power in Health Plan Mergers*, Journal of Competition Law and Economics.
- Clínicas de Chile A.G. (2012) – *Dimensionamiento del Sector de Salud Privado en Chile. Actualización a cifras del año 2010*. Disponible en: www.clinicasdechile.cl
- Clínicas de Chile A.G. (2010) – *Grupos Relacionados de Diagnóstico; Marco Teórico y Experiencias Prácticas. Temas de Coyuntura, N°34*. Disponible en: www.clinicasdechile.cl
- Center for Medicare and Medicaid Services (2011) – *Bundled Payments for Care Improvement Initiative*. Office of Communication.

VERSION PRELIMINAR SUJETA A CORRECCIONES FORMALES

- Cabasés, J. “Debate sector público vs mercado”, en II Jornadas de Economía y Salud. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, Departamento de la Presidencia (1982).
- Coase Ronald "The Nature of Firm" Económica, en Puterman L, “La Naturaleza económica de la empresa” Madrid (1937) Editorial Alianza.
- Daniels, Norman; Rosenthal, Meredith (2006) *Beyond Competition: The Normative Implications of Consumer-Driven Health Plans*, Duke University Press.
- Doren, Hernán (2011) – *30 años del sistema de ISAPRE*. Presentación hecha en el XVII ENASA, 2011. Disponible en: <http://www.ensabiz.com/presentaciones.html>
- Dornbusch, R. y S. Fischer, *Economía*, 2a edición. Mc Graw Hill Ed. 1990: Cáp 1-4 y 9.
- Farrell, Joseph; Pautler, Paul A.; Vita, Michael G. (2009) – *Economics at the FTC: Retrospective Merger Analysis with a Focus on Hospitals*, Springer Science+Business Media, LLC.
- Figueroa Hernández, Dante (2012) *Levantamiento del Velo Corporativo Latinoamericano*, El jurista.
- Fiscalía Nacional Económica (2008) – *Dimensiones de Valor para la Elección de Prestadores Médicos de parte de los Usuarios*. Criteria Research.
- Frank, Richard; G. McGuire Thomas; P. Newhouse Joseph (1995) *Risk Contracts in Managed Mental Health Care*, Health Affairs, Volume 14, Number 13.
- Frank, R. and Lamiraud, K. (2009). *Choice, price competition and complexity in markets for health insurance*. Journal of Economic Behavior and Organization.
- FTC/DOJ (2004) *Improving Health Care: A Dose of Competition*.
- Fundación Sol (2009). Caracterización del Sistema de Salud Chileno: Enfoque laboral, Sindical e Institucional. En línea: <http://www.fundacionsol.cl/wp-content/uploads/2010/09/Cuaderno-11-Salud-y-enfoque-laboral.pdf>
- Gaynor, M.; Haas-Wilson, D. (1999) – *Change, Consolidation, and Competition in Health Care Markets*. Journal of Economics Perspectives, Volume 13, N°1.

VERSION PRELIMINAR SUJETA A CORRECCIONES FORMALES

- Gaynor, M.; Haas-Wilson, D.; Vogt, W. (2000) *Are Invisible Hands Good Hands? Moral Hazard, Competition, and the Second-Best in Health Care Markets*. The Journal of Political Economy, Vol. 108, No. 5.
- Gaynor, M.; Seider, H.; and Vogt, W. B. (2005). *Is there a volume-outcome effect and does it matter? Yes, and yes*. American Economic Review, Papers and Proceedings.
- Gaynor, M.; Moreno-Serra, R.; Propper, C. (2010). *Death by Market Power: Reform, Competition and Patient Outcomes in the National Health Service*. CMPO Working Papers.
- Gaynor, M.; Propper, C.; Seiler, S. (2012). *Free to Choose: Reform and Demand Response in the British National Health Service*. Draft, disponible en: http://groups.haas.berkeley.edu/marketing/sics/pdf_2012/paper_gaynor.pdf.
- Gaynor, Martin; Town, Robert J. (2011) *Competition in Health Care Markets*. NBER Working Papers.
- Gaynor, Martin (2012) *Reform, competition and policy in hospital markets*, [DAF/COMP(2012)9].
- Geoffard, Pierre-Yves (2006) *Incentive and selection effects in health insurance*. Jones, Andrew M. (ed.) Elgar Companion to Health Economics, Edward Elgar Publishing.
- Guterman, Stuart; Davis, Karen; Schoenbaum, Stephen; Shih, Anthony (2009) – *Using Medicare Payment Policy to Transform the Health System: A Framework for Improving Performance*. Health Affairs, Web Exclusive.
- Grossman S. y O. Hart (1983) “An Analysis of the Principal-Agent Problem”, *Econometrica*. 51.
- Hart, O. (1995) *Firms, Contracts, and Financial Structure*, Oxford University Press.
- Hart, O. and B. Holmstrom (1987) “The Theory of Contracts”, en *Advances in Economic Theory*, Fifth World Congress, ed. T. Bewley. Cambridge University Press.
- Hsiao,WH, *Economía “anormal” en el sector salud*, traducido de *Health Sector Reform in Developing Countries*. Material de la Cátedra de Economía de la Salud,

VERSION PRELIMINAR SUJETA A CORRECCIONES FORMALES

Maestría de Sistemas de Salud y Seguridad Social, Fundación Isalud, Fascículo 21, Agosto de 1999.-

- International Federation of Health Plans (IFHP) (2011) – *2011 Comparative Price Report. Medical and Hospital Fees by Country*. Disponible en: www.ifhp.com
- Inversiones la Construcción (ILC) (2012) – *Oferta de Acciones, Julio 2012*. Disponible en: www.ilcinversiones.cl
- Kessler, D.; McClellan, M. (2000) *Is hospital competition wasteful?* Quarterly Journal of Economics.
- Kessler, D. P.; Geppert, J. J. (2005) *The effects of competition on variation in the quality and cost of medical care*. Journal of Economics and Management Strategy.
- Leisewitz, Thomas (2011) *Plan Garantizado de Salud en ISAPRE*. Presentación hecha en el XVII ENASA (2011). Disponible en: <http://www.enasa.biz/presentaciones.html>
- Mechanic, Robert E.; Altman, Stuart H. (2009) *Payment Reform Options: Episode Payment is a Good Place to Start*. Health Affairs, Web Exclusive.
- Melnick, Glenn; Zwanziger, Jack (1996) *Can Managed Care Plans Control Health Care Costs?* Health Affairs, Volume 15, Number 2.
- Miranda, Ernesto (1990) *Descentralización y privatización del sistema de salud chileno*, Estudios Públicos N° 39.
- Miranda, Ernesto; Paredes Molina Ricardo (1997) *Competencia, integración vertical y rendimientos en los servicios de salud públicos y privados de Chile*, Inter-American Development Bank, Washington.
- Miller, Harold D. (2009) *From Volume to Value: Better Ways to Pay for Health Care*. Health Affairs, Volume 28, N°3.
- Martín Martín, J. y Del Puerto López del Amo González M. , *Incentivos e Instituciones Sanitarias Públicas*, Junta de Andalucía –Consejería de Salud y Escuela Andaluza de Salud Pública, 1994.
- Nancuate Almonacid, Ulises; Romero Celedón, Andrés; Sotomayor Klapp, Roberto (2012) *Régimen Jurídico de la Salud*, Legal Publishing Chile.

VERSION PRELIMINAR SUJETA A CORRECCIONES FORMALES

- OECD (2006) *Competition in the Provision of Hospital Services*, [DAF/COMP(2006)20], Paris.
- OECD (2010) *Value for Money in Health Spending*, OECD Publishing, Paris.
- OECD (2011) *Health at a Glance 2011: OECD Indicators*, OECD Publishing.
- OECD (2012) *Competition in Hospital Service* [DAF/COMP(2012)9].
- OECD (2010b) – *Improving Value in Health Care. Measuring Quality*.
- OFT (2012) *Private Healthcare Market Study: Report on the market study and final decision to make a market investigation reference*, London.
- Oxera Consulting (2011) *Techniques for defining markets for private healthcare in the UK*, Belgium.
- Ortun Rubio, V., “Análisis de los mercados y del marco regulatorio del sector salud”, IV Jornadas Internacionales de Economía de la Salud. Buenos Aires, 1995.
- Ortún Rubio, Vicente, *La Economía en Sanidad y Medicina: instrumentos y limitaciones*, EUGE- Ed. La Llar del Llibre, Barcelona, 1990: Cáp. II, pp. 47-67; Cáp. III, pp 71 a 77
- Paulus, Ronald; Davis, Karen; Steele, Glenn D. (2008) *Continuous Innovation In Health Care: Implications Of The Geisinger Experience*.
- Paris, Enrique (2011) *Sistema Privado de Salud: Visión de los Médicos*. Presentación hecha en el XVII ENASA (2011). Disponible en: <http://www.enasa.biz/presentaciones.html>
- Poblete, Raúl (2011) *Estándares legales del sistema ISAPRE a marzo de 2011*. Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud. En línea: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-7095_recurso_1.pdf
- Porter, Michael; Olmsted Teisberg, Elizabeth (2004) *Redefining Competition in Health Care*, Harvard Business Review, June 2004.
- Propper, C.; Sutton, M.; Whitnall, C.; Windmeijer, F. (2010) *Incentives and Targets in Hospital Care: Evidence from a Natural Experiment*. Journal of Public Economics.

VERSION PRELIMINAR SUJETA A CORRECCIONES FORMALES

- Quaglia, Marcelo (2002) *Grupo de empresa, defensa. de la competencia y derechos del consumidor*, La ley.
- Red Salud S.A. (2010) Memoria Anual.
- Robinson, James (1996) *The Dynamics and Limits of Corporate Growth in Health Care*, Health Affairs, Volume 15, Number 4.
- Rosenthal, Meredith; Daniels, Norman (2006) *Beyond Competition: The Normative Implications of Consumer-Driven Health Plans*. Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol. 31, No. 3.
- SERNAC (2011) – *Estudio Precios Clínicas, Hospitales, y Centros Médicos*. Documento remitido a la Fiscalía Nacional Económica.
- Stiglitz, Joseph (2003) *La economía del sector público*, Antoni Bosch.
- Superintendencia de Salud (2006) – *Propuestas para la eliminación de la discriminación por pre-existencias y permitir la movilidad de los cautivos en el sistema ISAPRE*, Departamento de Estudios y Desarrollo.
- Superintendencia de Salud (2008a) – *Dimensiones de valor para el usuario de ISAPRE en la elección de planes de Salud*. Criteria Research.
- Superintendencia de Salud (2008b) – *Estudio Cualitativo. Dimensiones de Valor para el Usuario en la Selección de un Plan de Salud*. Criteria Research
- Superintendencia de Salud (2008c) – *Precio y Producto en el Sistema ISAPRE*. Departamento de Estudios y Desarrollo.
- Superintendencia de Salud (2009a) – *Magnitud y Características de la Cautividad en el Sistema ISAPRE*, Departamento de Estudios y Desarrollo.
- Superintendencia de Salud (2009b) - *Propuestas de regulación al problema de los precios, planes y cautivos en ISAPRE y su Relación con el Fondo de Compensación solidario*, Departamento de Estudios y Desarrollo.
- Superintendencia de Salud (2009c) – *Análisis de los Precios Establecidos en los Convenios de ISAPRE con los Principales Prestadores*.

VERSION PRELIMINAR SUJETA A CORRECCIONES FORMALES

- Superintendencia de Salud (2010a) – *Minuta: Nueva Ley de Atención Médica Asequible de los EE.UU.*, Departamento de Estudios y Desarrollo.
- Superintendencia de Salud (2010b) – *Segmentación de Prestadores de Salud y Usuarios de ISAPRE*, Departamento de Estudios y Desarrollo.
- Superintendencia de Salud (2010c) – *Minuta, Análisis Descriptivo de la Cartera del Sistema de ISAPRE a Diciembre de 2009*, Departamento de Estudios y Desarrollo.
- Superintendencia de Salud (2010d) – *Identificación de Prestaciones Adicionales o Propias en ISAPRE*, Departamento de Estudios y Desarrollo.
- Superintendencia de Salud (2010e) – *Minuta Cotizador de Prestaciones del Sistema de Salud Privado*, Departamento de Estudios y Desarrollo.
- Superintendencia de Salud (2010f) – *Prestaciones de Salud Curativas en el sistema de ISAPRE*, Departamento de Estudios y Desarrollo.
- Superintendencia de Salud (2011). *Sistema de Acreditación de Prestadores Institucionales*.
- Superintendencia de Salud (2012a) – Estadísticas básicas de cartera del sistema ISAPRE a mayo de 2012.
- Superintendencia de Salud (2012b) – *Estudio de Opinión y Satisfacción de Usuarios*. Criteria Research.
- Stiglitz Joseph, *Microeconomía*, de la 2ª Edición Inglesa, Ed. Ariel SA, Barcelona, 1998 Cap2: *Pensar como un economista*; pp. 44-66; Cap. 14: Mercados imperfectos, pp. 345-371; Cáp. 17: El cambio Tecnológico, pp. 421-436.
- Tirole, J. (1990) *La Teoría de la Organización Industrial*, Ariel Economía.
- Valdés Prieto, Domingo (2006) *Libre Competencia y monopolio*, Editorial Jurídica de Chile.
- Varian Hal R. “*Microeconomía Intermedia. Un Enfoque Actual*” 5ª Ed. Antoni Bosch Editor (1999).

VERSION PRELIMINAR SUJETA A CORRECCIONES FORMALES

- Vassallo Carlos y Báscolo Ernesto “Una mirada económica institucional del proceso de cambio del sector salud en Argentina. Disponible en <http://www.aes.org.ar/web/modules/mydownloads/singlefile.php?cid=2&lid=8>
- Williamson, O. (1989) *Las Instituciones Económicas del Capitalismo*, Fondo de Cultura Económica.
- Williamson, O. (1975) *Mercados y Jerarquías*, Fondo de Cultura Económica.
- Zweifel, Peter (2007) *The Theory of Social Health Insurance*, Now Publishers.