



Dossier sobre integración vertical y efectos en el sector privado de salud

Departamento de Estudios y Desarrollo

Fecha de Publicación: 4 de diciembre de 2017



Tabla de Contenidos

¿Qué Sabemos Sobre Integración Vertical en el Sistema Privado de Salud Chileno?.....	6
1. Presentación.....	7
2. Antecedentes y aspectos teóricos-conceptuales	7
3. Panorámica de la investigación local sobre el tema.....	11
4. Evidencia que aportan los estudios propios.....	13
5. Implicancias para la regulación económica	17
6. Investigaciones recientes patrocinadas por la Superintendencia de Salud.....	23
Prestadores de Salud, Isapres y Holdings: ¿Relación Estrecha?	26
Resumen	27
1. Antecedentes.....	28
1.1 El concepto de integración vertical	28
1.2 Integración en el sistema isapre.....	28
2. Propiedad de las isapres en los prestadores de salud	30
2.1 Inversiones directas de los holdings en prestadores de salud	32
2.2 Inversiones indirectas de los holdings en los prestadores de salud	34
3. Concentración de los ingresos en los prestadores de salud	37
3.1 Criterios metodológicos.....	37
3.2 Análisis de las prestaciones bonificadas por las isapres para definir el grado de control de los prestadores relacionados en los costos de las isapres	38
3.3 Análisis de las facturaciones de los prestadores relacionados para definir el grado de control que las isapres ejercen en los ingresos de los primeros.....	40
3.4 Análisis de las prestaciones bonificadas por el sistema isapres	44
4. Conclusiones	47
Implicancias de la Integración Vertical en el Sector Privado de Salud en Chile: Análisis de Casos.....	48
Resumen	49
1. Introducción.....	50
2. Consideraciones teóricas.....	52
3. Relación entre isapre y prestadores en el sistema de salud privado chileno	54
4. Datos y metodología.....	56
5. Resultados	60
5.1 Descripción de los beneficiarios del sistema isapre abiertas.	60
5.2 Efecto intraisapre	70
5.2.1 Prestaciones ambulatorias	70
5.2.2 Prestaciones Hospitalarias	73
5.3 Efecto interisapre	78
5.3.1 Prestaciones ambulatorias	78
5.3.2 Prestaciones hospitalarias	82
6. Discusión y conclusiones	84
Referencias	91
Anexos	92



Estudios Específicos IRCI 2014: Análisis de Integración Vertical IRCI.....	102
Resumen	103
Presentación.....	105
Abreviaturas y acrónimos.....	107
1. Metodología de cálculo de los indicadores.....	108
1.1 Índice de valor unitario facturado isapre (integrado y no integrado)	108
1.2 Índice de cantidad isapre (integrado y no integrado)	108
1.3 Índice de valor unitario bonificado isapre (integrado y no integrado)	109
1.4 Índice de cantidad bonificado isapre (integrado y no integrado)	109
2. Ámbito temporal y geográfico de los indicadores.....	110
2.1 Período de referencia de los índices	110
2.2 Período de referencia o análisis del valor unitario y cantidades.....	110
2.3 Período de referencia de las ponderaciones de valor unitario y cantidades	110
2.4 Ámbito geográfico de los indicadores y cobertura	110
2.5 Ponderaciones	110
3. Cálculo del índice de valor unitario facturado y bonificado isapre (IVUFI e IVUBI).....	111
3.1 Etapas y niveles.....	111
3.2 Método de agregación y cálculo.....	115
3.2.1 Nivel elemental	115
3.2.2 Nivel superior	116
3.3.1 Cálculo de variaciones	118
3.3.2 Cálculo de incidencias	119
4. Cálculo de índice de cantidad facturado y bonificado isapre (ICI e ICBI).....	121
4.2.1 Nivel elemental.....	125
4.2.2 Nivel superior	126
4.3.1 Cálculo de variaciones	128
4.3.2 Cálculo de incidencias	129
Referencias	131
Validación de marco	137
Validación de muestra nivel modalidad-prestación-mes.....	138
Validación de muestra nivel registro	139
Integración Vertical Efecto Sobre Gasto de Bolsillo (Copago) y Cobertura Efectiva en Beneficiarios de Isapre	141
Resumen	142
1. Objetivo del estudio	143
2. Marco conceptual	144
Ventajas de la integración vertical.....	144
Desventajas de la integración vertical.....	145
3. Marco legal	145
4. Metodología y datos	146
5. Resultados	150
5.1 Cesárea	151
5.2 Parto normal	152
5.3 Colectomía.....	153
5.4 Apendicectomía	153
6. Conclusiones	154
Referencias	155



Introducción

¿Qué Sabemos Sobre Integración Vertical en el Sistema Privado de Salud Chileno? [^]

*David Debrott Sánchez **

[^] Se agradecen los comentarios a una versión preliminar realizados por Marlene Sánchez y Ciro Ibáñez.

* Jefe Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud.

1. Presentación

Cada cierto tiempo se instala en el debate público nacional, con mayor o menor trascendencia, el tema de la integración vertical entre isapres y prestadores de salud privados. Rápidamente se expande la sensación de que estamos en presencia de algo irregular, incluso contrario a la legalidad vigente, y que las instituciones fiscalizadoras no han sido diligentes en su accionar. Parece como si la ocurrencia de un delito se diera a vista y paciencia de las autoridades, sin que estas hicieran algo, que correspondería hacer, para impedir que suceda.

Trascurrido algún tiempo, los hechos muestran que el tema es bastante más complejo en sus formas y que el diagnóstico inicial debe ser ampliado y problematizado, ya que es una materia en la cual no existen verdades absolutas. Luego, el tema vuelve al segundo plano, a mantenerse en compás de espera, hasta que un nuevo hecho lo reinstala como una de las grandes preocupaciones del sistema privado de salud.

Pero, ¿cuánto sabemos realmente sobre la integración vertical entre las isapres y los prestadores de salud privados? ¿Tenemos en nuestro país una legislación que regule esta práctica específica? En definitiva, ¿qué sabemos sobre integración vertical en el sistema privado de salud chileno?

Parte de las respuestas a estas interrogantes son abordadas en los cuatro trabajos que forman parte de este dossier sobre Integración Vertical y Efectos en el Sector Privado de Salud, que la Superintendencia de Salud pone a disposición del público en general y de los especialistas interesados en el tema.

El presente texto introductorio pretende contextualizar cada uno de los trabajos y, a su vez, complementar algunos aspectos generales que no son abordados en los mismos, pero que resultan interesantes para ilustrar la amplitud y complejidad del tema.

2. Antecedentes y aspectos teóricos-conceptuales ¹

Lo primero a considerar es que la integración vertical, al igual que otras formas de organización empresarial, representa un fenómeno económico en cuyo contexto debe ser analizada. En este caso en particular, se trata de las relaciones económicas entre los prestadores de salud privados y las Instituciones de Salud Previsional (isapres), las que actúan como pagadores o financiadores de los primeros.

De acuerdo al enfoque de organización industrial, integración vertical es la absorción por parte de una sola firma de dos o más procesos técnicos relacionados verticalmente, donde uno de los ejemplos clásicos es la generación, transmisión y distribución eléctrica. Si bien, cada segmento de la cadena de valor puede constituir un mercado por separado, la integración vertical consiste en unir los procesos al interior de una sola unidad económica.

Aunque la literatura de organización industrial se centra mayoritariamente en las relaciones que se dan en los mercados de bienes y servicios, los procesos de

¹ Este apartado se apoya en el texto de Jorge Tarziján y Ricardo Paredes, *Organización industrial para la estrategia empresarial*, Segunda Edición, Pearson Educación (Tarziján y Paredes, 2006).

integración económica de los cuales la integración vertical es una de sus manifestaciones, se expresan en múltiples relaciones de mercado y tipos de transacciones económicas. Por ello, el fenómeno de la integración vertical no se limita a la relación entre las isapres y los prestadores de salud en materia de bonificación de prestaciones, sino que también comprende las operaciones de financiamiento e inversión, que ocurren en los mercados de activos financieros y físicos. Mientras la legislación prohíbe que las isapres otorguen prestaciones de salud en forma directa, debiendo limitarse a financiar una cobertura regulada, no ocurre lo mismo en materia de operaciones de financiamiento e inversiones.

La legislación de salud privada prohíbe la integración vertical "hacia atrás" -vista desde el seguro hacia el prestador-, ya que las isapres tampoco pueden participar de la propiedad de prestadores de salud. No obstante aquello, nada dice respecto de la participación de los prestadores en la propiedad de las isapres -integración vertical "hacia adelante" vista desde el prestador hacia el seguro-. Tampoco establece prohibiciones para que las isapres otorguen financiamiento para la operación corriente, incluso para las inversiones, de los prestadores de salud.

Esta concepción parcial de la regulación, que se limita a prohibir que funcionen determinadas estructuras empresariales que favorecen o consagran la integración vertical, pone el énfasis en aspectos formales que condicionan los resultados finales para los diferentes agentes económicos. No obstante, esa concepción no logra capturar otros aspectos objetivos tales como la conducta de los agentes, ni las consecuencias económicas de tales condiciones estructurales. En esta materia, la legislación propia de la industria de salud privada en Chile se circunscribe a dicho enfoque.

Por otra parte, otros aspectos de interés regulatorio no fueron previstos en este marco legal, especialmente, lo que ocurre con procesos de integración vertical entre prestadores de salud y seguros privados voluntarios, y otros procesos de integración vertical y horizontal en el ámbito de los prestadores de salud y los mercados de insumos (cadenas de distribución farmacéutica). Asimismo, parece ser demasiado limitada la prohibición de relaciones verticales directas "hacia atrás" por parte de las isapres, sin contemplar ninguna prohibición a los procesos de integración vertical a través de sociedades financieras o de inversión controladoras de grupos económicos ligados a salud: el tema de los holdings.²

Una dimensión diferente del fenómeno de integración vertical, que a su vez corresponde a un modelo regulatorio distinto, es la que pone el foco principalmente en la conducta de los agentes económicos, por sobre las estructuras de mercado. En este sentido, no importan tanto los aspectos formales que pueden condicionar las conductas económicas, sino que se trata de observar directamente tales conductas.

Independientemente de las relaciones de propiedad entre seguros y prestadores de salud, la existencia de equipos de administración y directivos compartidos deben ser objeto de regulación, ya que hacen presuponer influencias en la toma de decisiones, en ambos lados de la relación vertical. Sin embargo, una cosa es que las isapres y los prestadores puedan compartir equipos administrativos o directivos, cuestión que es más cercana a la primera dimensión (estructura), y otra cosa es que efectivamente exista tal influencia en las decisiones, cuestión que debiera demostrarse en hechos

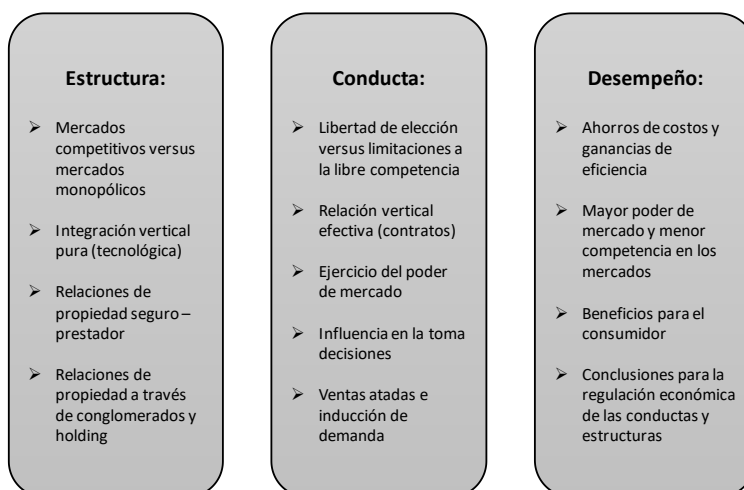
² Aunque es habitual que se hable de holding para referirse a grupos empresariales o conglomerados, en rigor, el holding es la sociedad que permite controlar las sociedades que conforman el grupo o conglomerado.

concretos (conducta). Por esta razón, si bien la legislación de isapres contempla tal prohibición, todavía se encuadra en la primera dimensión del problema, más que en materia de conducta de los agentes. En consecuencia, es insuficiente para el abordaje del problema.

La legislación propia del sector salud tampoco contempla los problemas de influencia de un agente económico sobre otro, cuando no se comparten equipos de administración y directivos. Por esta vía, un holding “bien administrado” y suficientemente advertido de la restricción legal existente, podría saltarse fácilmente este impedimento formal y ejercer influencia a través de terceros.

Sin embargo, este tipo de conductas se encuentran previstas en la legislación general chilena. En el caso Farmacias, por ejemplo, la imputación se basó en el artículo 285 del Código Penal que alude a la alteración fraudulenta en el precio natural (sic) de los bienes.³ Con la reforma realizada en agosto de 2016, que perfecciona el sistema de defensa de la libre competencia⁴, se estableció en forma clara la existencia de un tipo penal para la colusión, la que se define como un acuerdo que involucre a competidores que persigan el propósito de fijar precios, limitar la producción, repartirse mercados o afectar el resultado de licitaciones públicas. Aun así, no es necesario demostrar que el acuerdo o práctica concertada confieren poder de mercado para sancionar la colusión, por lo que no es necesario realizar análisis completos del mercado relevante ni de su efecto anticompetitivo, el que se presupone ocurre. Tampoco resulta procedente que el acusado invoque defensas de eficiencia, las que se presume son inexistentes.

Figura 1:
Paradigma tradicional de la Organización Industrial



Fuente: Adaptación propia de lo expuesto por Tarziján y Paredes (2006).

Esta última preocupación, que se concentra en las consecuencias de la conducta de los agentes y en los resultados económicos finales de determinadas estructuras de mercado y empresariales, constituye una tercera dimensión del problema (resultados o desempeño).

³ Un comentario interesante respecto del caso Farmacias y de las razones por las cuales fueron absueltos los ejecutivos, se encuentra en [El Mostrador \(24/06/2015\)](#).

⁴ Ley N° 20.945 (Economía).

Las tres dimensiones que hemos descrito y que aparecen en la Figura 1, constituyen el paradigma tradicional de la organización industrial, el que fue predominante hasta la década de los setenta.

Pero, ¿por qué es importante entender la integración vertical como un fenómeno económico? Principalmente, porque los procesos de integración tienen explicaciones de carácter económico y porque, al menos como hipótesis, parte de esas explicaciones apuntan a dar mayor eficiencia a los mercados y a mejorar el bienestar de la sociedad a nivel agregado.

De acuerdo a la teoría de la organización industrial, los costos que enfrenta una empresa pueden clasificarse en dos tipos, los que se asocian a "eficiencia técnica" y los que provienen de la "eficiencia de agencia"⁵. Desde esta perspectiva, el problema económico de la firma consiste en la minimización de ambos componentes de costos, hecho que determinará las decisiones de integración vertical.

La eficiencia técnica generalmente conduce a la especialización productiva, por lo que, a mayor especialización menores serán los costos. De esta forma, tanto los seguros como los prestadores de salud optarán por no integrarse en la medida en que los servicios que proveen son técnicamente diferenciados. Por el contrario, la eficiencia de agencia se relaciona con el grado en que el intercambio de bienes y servicios que ocurre en la relación vertical, se organiza en función de disminuir los costos de coordinación, de transacción y de agencia⁶. De esta forma, se favorece la integración entre seguros y prestadores, independientemente de la forma jurídica en que esta integración ocurra. En consecuencia, la teoría predice que las firmas se integrarán verticalmente, en la medida en que sea mayor la eficiencia de agencia respecto de la eficiencia técnica y que ambas simultáneamente minimicen los costos.

Dadas las particularidades que posee la relación vertical en los mercados de servicios de salud, donde nos enfrentamos al esquema de un "tercero pagador"⁷, que intermedia la relación entre el usuario de los servicios sanitarios y los prestadores de salud, es la organización de conglomerados la que quizá más se adecua para lograr el menor costo conjunto, consiguiendo a la vez eficiencia técnica y de agencia. Por un lado, se mantiene la especialización técnica, con un seguro y un prestador organizados independientemente y respetando formalmente la regulación sobre la materia; y, por otro lado, se establece una relación predominante entre el seguro y los prestadores relacionados a través del conglomerado, sobre la base de convenios que también dan lugar a planes de salud "preferentes" para los beneficiarios y a redes de atención para las GES, el CAEC y más recientemente para el otorgamiento de las prestaciones incorporadas en la Ley Ricarte Soto. Cabe considerar además que esta relación predominante entre seguro y prestador es incentivada por la propia regulación sanitaria, favoreciendo contratos de largo plazo y la conformación de redes por patologías, establecidas local y nacionalmente.⁸

⁵ Tarzuján y Paredes (2006) hacen referencia a Williamson, O. (1985): "The Economic Institutions of Capitalism", New York: Free Press.

⁶ Se denomina de esta forma a los costos de derivados de alinear los intereses del propietario (principal) con los de sus representantes en la gestión de la firma (agente).

⁷ Se habla un tercer agente pagador cuando es el seguro quien debe otorgar cobertura financiera por servicios cuya demanda no ejerce.

⁸ Desde la perspectiva del negocio asegurador, la mayor parte de las isapres hoy tienen algún grado de integración vertical, a través de conglomerados, con prestadores de salud. Desde la perspectiva del negocio prestador, esto es menos representativo. No obstante, algunos prestadores desarrollan iniciativas de integración vertical con seguros privados distintos de las isapres.

En consecuencia, si se asume que esta forma de relación vertical -a través de conglomerados liderados por holdings- puede ser económicamente eficiente, reduciendo costos y ofreciendo prestaciones de salud sanitariamente adecuadas, la pregunta que corresponde es ¿quién obtiene los beneficios económicos de esta mayor eficiencia?

Bajo un esquema competitivo en ambos segmentos de mercado, podría esperarse que los beneficios de esta mayor eficiencia fueran trasladados hacia los beneficiarios. Sin embargo, cuando existen limitaciones a la competencia en uno o en ambos segmentos del mercado, las ganancias de eficiencia pueden no ser trasladadas hacia el beneficiario, generando algún tipo de rentas económicas apropiables por las firmas.

A diferencia del enfoque tradicional de organización industrial, que establece una relación de causalidad unidireccional donde la estructura de mercado determina las conductas de los agentes y estas a su vez determinan los resultados, el enfoque contemporáneo de organización industrial establece una relación de multicausalidad en todas las direcciones. Mientras reconoce que pueden existir procesos de organización industrial al estilo tradicional, destaca la posibilidad de que sean los resultados o las conductas los que determinan las estructuras de mercado. De esta forma, el enfoque contemporáneo de organización industrial, también denominado "enfoque de eficiencia", plantea que en determinados mercados donde la competencia es imperfecta, la búsqueda de mayor eficiencia puede conducir a estructuras de mercado concentradas y con fuertes relaciones verticales. Esta podría ser, al menos desde la teoría de la organización industrial, una explicación del fenómeno que encontramos al analizar el mercado privado de salud en Chile.

Como consecuencia de esta evolución en la teoría, el foco de interés del análisis económico ha cambiado, pasando desde los tradicionales estudios de concentración económica e integración vertical pura, hacia estudios que se orientan a indagar sobre la magnitud y distribución de los beneficios que producen determinados modelos de eficiencia. En definitiva, ya no importa tanto la estructura de mercado en sí misma, sino que la medición de los ahorros de costos y cómo se reparten esos ahorros entre los diferentes agentes, especialmente los consumidores, y como ello también afecta la competencia con los demás oferentes.

3. Panorámica de la investigación local sobre el tema

Si bien no es el propósito de esta nota introductoria hacer una revisión exhaustiva de la literatura sobre integración vertical en salud para Chile, resulta necesario reportar parte de ese esfuerzo.

Hacia fines de la década de los '90, Miranda y Paredes (1997)⁹ estudiaron la organización industrial de lo que, ya en esa época, se caracterizaba como un sistema dual y segmentado. Respecto de la integración vertical en el sector privado de salud, concluyen que la evidencia sugiere que las isapres integradas hacia la producción son más eficientes que las que no lo están. Destacan especialmente que esto se observaría en casos de integración hacia prestadores ambulatorios, lo que contribuiría a contener costos por sobre derivación y exceso de uso de licencias médicas.

⁹ "Competencia, integración vertical y rendimiento en los servicios de salud públicos y privados de Chile". *Documento de Trabajo R-306*, BID. WDC.

El mismo año, Bitrán y Almarza (1997)¹⁰ realizan un exhaustivo análisis del sistema asegurador privado de salud, bajo el enfoque de organización industrial y la teoría de seguros, introduciendo formalmente las problemáticas de riesgo moral, selección adversa y asimetrías de información, los conceptos de costo-efectividad y enfermedades catastróficas, y la preocupación por el financiamiento de la salud en la tercera edad. Si bien, no se aborda centralmente el tema de la integración vertical, los autores se plantean su preocupación por el hecho de que las isapres no han desarrollado estrategias en tal sentido, lo que afectaría la eficiencia de su desempeño. León y Martínez (2011)¹¹ dedican dos apartados a tratar brevemente la problemática de la integración en casos interesantes, pero diferentes al que aquí nos ocupa. El primero es la cadena laboratorio, droguería y farmacia. El segundo, escasamente analizado en Chile, es la relación entre prestadores institucionales hospitalarios y profesionales médicos.

Galetovic y Sanhueza (2013)¹² aportan una interesante revisión de la literatura internacional sobre el tema y una rigurosa formalización de las problemáticas específicas que se tratan en integración seguro – prestador. En apéndice se desarrolla un modelo que incluye la interpretación de sus resultados teóricos. En lo fundamental, el trabajo concluye que la integración vertical es eficiente, que la tesis anticompetitiva es inconsistente con la evidencia y que el precio de los planes de isapre aumentan porque los costos de la prestación aumentan.

Concha (2015)¹³ analiza los efectos de la integración vertical en los precios pagados por parte de las aseguradoras a las clínicas, integradas o no a su propiedad. Para este análisis se utilizan datos de la Región Metropolitana en los años 2007 y 2008 para los servicios hospitalarios. Entre los resultados se reporta que, si bien el gasto de bolsillo se reduce en prestadores integrados, esta reducción es mayor en pacientes de la isapre propia, lo que mostraría un impacto positivo de la integración sobre los “consumidores”, pero con discriminación hacia el resto. Los análisis sobre precios bonificados dejan la duda si es posible que exista cierto nivel de transferencia de rentabilidad entre firmas pertenecientes a un grupo económico que interactúan en el mismo mercado. Respecto de las medidas de utilización, se encuentra que solo existirían impactos sobre el número de prestaciones, donde para pacientes que no pertenecen a isapres del mismo holding aumentaría el número de servicios realizados en su hospitalización, mientras para pacientes de isapres integradas se reduciría.

La Universidad Católica de Valparaíso (2012)¹⁴ realizó, por encargo de la Fiscalía Nacional Económica, un amplio análisis del mercado privado de la salud, que incluyó un apartado que aborda los problemas de integración vertical seguro - prestador y recomendaciones específicas sobre el tema. El estudio es cauteloso y más bien crítico sobre las posibles ganancias de eficiencia de este tipo de organización y pone el énfasis en la regulación sobre la propiedad de ambos tipos de agentes.

¹⁰ “Las Instituciones de Salud Previsional (Isapres) en Chile”. Serie Financiamiento del Desarrollo N° 56, CEPAL.

¹¹ “Estructura y comportamiento del mercado de salud en Chile”. Tesis Ingeniería Comercial, FEN, U. de Chile.

¹² “Un análisis económico de la integración vertical entre isapres y prestadores”. Trabajo encargado por Inversiones La Construcción (ILC). ILC es un holding propietario de isapre Consalud, Clínica Bicentenario, red Avanzalud, Centros ambulatorios Megasalud, Mutual de Seguridad, entre otros. Perteneció al grupo empresarial de la Cámara Chilena de la Construcción (CChC).

¹³ “Integración vertical en el mercado de la salud privada: Evidencia para Chile”. Tesis Magíster en Economía, U. Alberto Hurtado.

¹⁴ “Mercado de la salud privada en Chile”. Estudio solicitado por la Fiscalía Nacional Económica.

Más recientemente, la Fiscalía Nacional Económica (2016)¹⁵ publicó una recopilación de sus investigaciones sobre la materia. Según sostiene, esta industria representa una prioridad, dado su impacto en el bienestar de la población y la relevancia de los recursos públicos y privados destinados a dar solución a los distintos problemas de salud. Revisa las acciones que ha concretado la FNE desde el año 2013 hasta 2016, y que guardan relación tanto con la oferta y financiamiento de prestaciones de salud, como con la producción, distribución y dispensación de medicamentos. En cuanto a la relación vertical entre isapres y prestadores, plantea que la FNE ha conocido investigaciones y ha realizado acciones en esta materia, y como consecuencia de ello ha entregado lineamientos a la industria de las isapres abiertas orientados a que no incurran en conductas anticompetitivas que pueden perjudicar a sus competidores. Finalmente, la Asociación de isapres (2017)¹⁶ acaba de publicar a comienzos del presente año un estudio que revisa, desde la perspectiva legal, la legitimidad y constitucionalidad de la existencia de holdings en salud, apoyándose en un informe preparado por el constitucionalista Patricio Zapata¹⁷. Asimismo, revisa los trabajos publicados por la FNE (2016) y, Galetovic y Sanhueza (2013).

4. Evidencia que aportan los estudios propios

En línea con lo que hemos señalado se ubican los estudios que damos a conocer en este dossier. Tres de ellos corresponden a trabajos realizados por profesionales del Departamento de Estudios y Desarrollo de esta Superintendencia; y un cuarto estudio fue elaborado, a solicitud de la Superintendencia, por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE).

El primer trabajo y único que se encuentra publicado a la fecha, lleva por título "Prestadores de salud, isapres y Holdings: ¿Relación estrecha?" y su autora es Claudia Copetta Maturana. Este estudio fue realizado el año 2013 y publicado en diciembre del mismo año. Utiliza datos del subsistema isapre para el año 2012 y se concentra en las isapres abiertas y los prestadores de salud institucionales privados.

El trabajo constituye un punto de partida en la agenda interna de investigación reciente sobre integración vertical y se centra en determinar y cuantificar las relaciones entre agentes de seguro y prestadores. Sus objetivos se orientan hacia la estructura del mercado, siendo éste el primer paso para análisis posteriores.

Desde la perspectiva del seguro (integración vertical hacia atrás), la isapre que posee una mayor integración -medida por la participación de sus prestadores relacionados en los costos de la isapre- es Banmédica (41,9%), seguida bastante de lejos por Consalud (24,3%) y Vida Tres (20,8%), con un promedio de 32,0% entre las tres isapres. Cabe considerar además que las isapres Banmédica y Vida Tres, pertenecientes al holding Empresas Banmédica¹⁸, se encuentran integradas horizontalmente, cuestión que puede interpretarse como una misma firma con diferenciación de productos por segmento de cartera. isapre Consalud es parte del holding de la Cámara Chilena de la Construcción (CChC). En el otro extremo, las isapres con menor concentración por costos en prestadores relacionados son Cruz Blanca (8,8%) y Colmena (4,3%). Cruz Blanca es parte del holding Bupa Chile, filial de la transnacional Bupa. Colmena es parte del holding Bethia.

¹⁵ "Recopilación de las investigaciones de la Fiscalía Nacional Económica: una mirada de libre competencia a ciertos aspectos de la industria de la salud". Material de Promoción, FNE.

¹⁶ "Integración Vertical entre isapres y Prestadores: No hay evidencia que sustente que la integración vertical genere efectos anticompetitivos en el mercado de la salud". Informe Técnico. Enero, 2017.

¹⁷ Dicho informe fue encargado por la Cámara Chilena de la Construcción (CChC).

¹⁸ Que a su vez es parte del grupo Penta.

Desde la perspectiva del prestador (integración vertical hacia adelante), es decir, al medir la concentración de las ventas de cada prestador en su isapre relacionada, se observa lo siguiente: En conjunto, Banmédica y Vida Tres ejercen fuerte control sobre Vidaintegra, Radioterapia Clínica Santa María, Clínica Dávila, Clínica Vespucio, Servicios Médicos Santa María y Clínica Santa María. Colmena ejerce un fuerte control sobre Dial Médica y Clínica UC San Carlos de Apoquindo. Consalud tiene fuerte control sobre Megasalud, Clínica Bicentenario y Avansalud. Cruz Blanca posee fuerte control sobre Clínica Antofagasta y un control medio sobre Integramédica Centros, sin embargo, en este prestador más que duplica la participación de la isapre más cercana. Ferrosalud¹⁹ no ejerce control sobre ningún prestador. Por último, Masvida ejerce un fuerte control sobre Clínica Universitaria de Concepción, Clínica Integramédica (Las Lilas) y Clínica Isamédica.

En estos prestadores relacionados, en promedio, la isapre del holding controla un 65,5% de los ingresos, sobre la base de facturación por sus propios beneficiarios. Las clínicas relacionadas a las isapres representan un 42,0% del mercado de prestadores institucionales, sin considerar allí las consultas médicas que se realizan en los mismos prestadores, pero que se registran como prestaciones otorgadas por prestadores individuales.

Entre fines del año 2013 e inicios del 2014 se realizó un segundo estudio, titulado "Implicancias de la integración vertical en el sector privado de salud en Chile, análisis de casos", cuyos autores son Gonzalo Leyton, Pedro Olivares-Tirado y Eduardo Salazar. Este trabajo utiliza datos para el año 2012, al igual que el anterior. Su objeto de análisis son las implicancias para el beneficiario de la relación vertical entre seguro y prestador del mismo holding. En este sentido, se orienta a indagar sobre los resultados que se derivan de una estructura de mercado determinada.

Metodológicamente, el estudio hace una distinción en materia de resultados, separando efectos que denomina "intraisapre" de los efectos "interisapre". El primer efecto, dice relación con los beneficios (o costos) que tiene para el beneficiario de una isapre determinada, atenderse en su prestador preferente relacionado verticalmente; versus, atenderse en otros prestadores no integrados con su isapre. El segundo efecto, se refiere a los beneficios (o costos) que tiene para el beneficiario atenderse en un prestador relacionado y preferente; versus, los beneficios (o costos) que tiene para un beneficiario de otra isapre atenderse en ese mismo prestador. Para entender los efectos que se busca medir, se estudiaron los casos de tres isapres abiertas, y sus prestadores relacionados y en convenio.

Se examinó un conjunto amplio de prestaciones, que fueron estratificadas según si el tipo de atención fue ambulatoria u hospitalaria; y según si la modalidad de atención fue bajo prestador preferente o en libre elección.

Los resultados del estudio describen una realidad compleja. Mientras el efecto intraisapre en atención ambulatoria muestra que, independiente del holding, la cobertura financiera efectiva es mayor y el copago menor, cuando los beneficiarios se atienden en el prestador vinculado al holding en la modalidad de prestador preferente. En tanto, en atención hospitalaria, la situación del holding Consalud es análoga a la recién descrita; mientras en el holding Banmédica, esto no ocurre en todas las prestaciones analizadas. Por otra parte, el efecto interisapre muestra que no es

¹⁹ Sólo a contar del mes de agosto de 2014, Ferrosalud cambió su razón social a isapre Óptima S.A.

evidente que los beneficiarios de las isapres vinculadas a holdings tengan mayor cobertura o menores precios que los beneficiarios de otras isapres que se atienden en los prestadores del mismo holding.

Las demás variables estudiadas, como el tipo de atención, la modalidad de atención, el prestador y la prestación específica, tanto en un contexto intraisapre como interisapre, no muestran tendencias claras y dependen mucho del holding que se analiza.

El tercer estudio surge en el contexto del trabajo solicitado por la Superintendencia al Instituto Nacional de Estadísticas (INE), para la elaboración de los Indicadores Referenciales de Costos de las isapres (IRCI)²⁰, los que fueron divulgados como el “IPC de la Salud”. En este caso corresponde a un estudio estadístico especial, titulado “Análisis de Integración Vertical IRCI”, solicitado por la Superintendencia y elaborado por el Departamento de Estudios de Precios del INE. Los datos analizados corresponden al periodo octubre 2013 – septiembre 2014, y la realización del estudio durante el primer semestre de 2015.

Desde el punto de vista metodológico, lo que se hace es recalculan los mismos indicadores de los IRCI generales, dividiendo el universo de transacciones en dos grandes segmentos. Por una parte, aquellas transacciones que ocurren entre una isapre determinada y, sus prestadores relacionados y no relacionados. En este caso la comparación justamente es entre prestadores relacionados a la isapre; versus, prestadores no relacionados a la misma isapre. Por otra parte, se analizan las transacciones que ocurren entre isapres y prestadores relacionados. En este caso la comparación es entre aquellos beneficiarios de una isapre que son atendidos en prestadores del mismo holding; versus, los beneficiarios de otras isapres que se atienden en los mismos prestadores mediante convenios.

De esta forma y teniendo presente que este tipo de análisis solo tiene como objetivo evaluar las variaciones de los componentes del costo, vale decir, cantidad de prestaciones, bonificación y montos facturados, y que no tiene como finalidad analizar la magnitud absoluta; los resultados para el beneficiario muestran que no se observan beneficios monetarios derivados de la integración vertical.

El cuarto estudio que damos a conocer lleva por título “Integración Vertical: Efecto sobre el gasto de bolsillo (copago) y Cobertura efectiva en beneficiarios de isapre” y sus autores son Claudia Copetta, Roberto Tegtmeier y Gonzalo Leyton. El trabajo utiliza datos para el año 2013 y fue realizado durante el primer semestre de 2015.

El objetivo de este análisis era determinar el efecto para el beneficiario, medido a través del copago y la cobertura efectiva de su plan, cuando la atención de un problema de salud ocurre en el prestador vinculado con su isapre a través del holding, respecto de la atención del mismo problema de salud para un beneficiario de otra isapre, en el mismo prestador a través de un convenio.

La metodología consistió en seleccionar cuatro problemas de resolución hospitalaria y alto grado de homogeneidad desde el punto de vista de su intervención sanitaria. De esta forma se incluyeron en el análisis el Parto normal, el Parto por cesárea, la Colectomía por videolaparoscopia (operación de vesícula biliar), y la Apendicectomía (operación de apéndice). En cada uno se determinó una canasta de

²⁰ Ver <http://www.ine.cl/estadisticas/precios/irci>. Cabe tener presente que este proyecto tuvo un carácter de estudio piloto.

prestaciones habitual para su resolución. Luego, para cada problema de salud se seleccionaron aquellos planes que registraban mayor uso, dado un rango para la relación precio/cobertura. Así, por ejemplo, se determinó un rango de precio entre 1,0 y 1,5 UF, y luego otro rango entre 1,5 y 2,0 UF; ambos con cobertura hospitalaria de 90%. De esta manera, el análisis permite controlar el efecto que se quiere estudiar, por costo del servicio de seguro que ofrece la isapre.

Los resultados, si bien son representativos de un pequeño número de problemas de salud, permiten extraer algunas conclusiones para entender cómo se distribuyen socialmente los beneficios de la integración vertical.

En una primera comparación, sin considerar aun el ajuste metodológico descrito, en los cuatro problemas de salud analizados se observa que el copago es menor (10%) para los beneficiarios de otras isapres que se atienden a través de convenio en prestadores de un holding, que el que tienen los beneficiarios de la isapre del mismo holding (13%). Recíprocamente, la cobertura efectiva es menor para los beneficiarios de la isapre del mismo holding respecto de aquellos de otras isapres (87% versus 90%, respectivamente).

No obstante, al controlar por precios base de los planes de salud y coberturas de carátula similares, los resultados muestran que los beneficiarios de otras isapres que se atienden en los prestadores del holding a través de convenio, tienen un gasto de bolsillo 19% menor que los beneficiarios de las isapres vinculadas al prestador a través de holding, siendo la excepción el caso del Parto por cesárea en dos de las clínicas incluidas en el análisis que además son los prestadores con mayores valores facturados.

Adicionalmente, el estudio muestra que la cobertura efectiva hospitalaria, que alcanza un 90%, es igual a la cobertura de carátula (90%) ofrecida a los beneficiarios de otras isapres, incluso en algunos casos es superior. En cambio, en el caso de los beneficiarios de las isapres vinculadas al holding, la cobertura hospitalaria efectiva es menor (87%) a la cobertura de carátula hospitalaria (90%) ofrecida a sus propios beneficiarios.

De los resultados obtenidos particularmente en este último estudio, se puede inferir que los beneficios de la integración vertical no estarían siendo transferidos hacia el beneficiario, sino que estarían quedando principalmente al interior del holding. Si esto fuese efectivamente así, en los diferentes conglomerados que operan en el sector privado de salud y para una muestra suficientemente representativa del universo de prestaciones, estaríamos en presencia de un importante y complejo problema en la organización industrial del sector.

Este tipo de resultados de la integración vertical, en los que los ahorros de costos y la mayor eficiencia que se obtiene producto de la relación vertical son apropiados principalmente por los conglomerados y no transferidos al beneficiario, de acuerdo a la teoría, es la consecuencia de fallas en los mecanismos de competencia, ya sea a nivel de los seguros, a nivel de los prestadores, o en ambos niveles.

5. Implicancias para la regulación económica ²¹

Para intentar resolver o al menos moderar los efectos indeseados que pudiera tener la integración vertical en el bienestar social, especialmente hacia los beneficiarios, la regulación económica de mercados ha desarrollado dos enfoques, que son practicados en forma excluyente o conjuntamente. Ambos tipos de abordaje, la regulación de conductas y la regulación de estructuras, surgen a partir de los paradigmas sobre la organización industrial que comentamos anteriormente.

La regulación económica orientada a normar las conductas verticales, se basa en la idea de que lo que interesa corregir son los resultados de las relaciones verticales (desempeño), más allá de las características estructurales del mercado. En este sentido, establece una distinción entre la integración vertical que llamaremos pura y la relación vertical efectiva.

La integración vertical pura ocurre cuando se cumple la condición de que dos procesos productivos relacionados verticalmente, son absorbidos por una misma firma. En consecuencia, esta tendría una expresión organizacional y legal en la administración de una sola sociedad, en lugar de dos o más sociedades. Desde esta perspectiva la integración vertical pura tiene, a la vez, una expresión formal. En cambio, en el segundo caso, el proceso de integración vertical ocurre sin necesidad de cumplir tal condición formal, sino por el mero establecimiento de acuerdos económicos entre ambas partes.

Para comprender adecuadamente este enfoque regulatorio, resulta muy ilustrativo lo que señalan Tarziján y Paredes (2006: 340): “Las restricciones y los acuerdos verticales también han sido explicados por la existencia de poderes monopólicos. Los acuerdos y las restricciones son, en tal contexto, generados con el objetivo de afianzar el poder. Ello es una hipótesis contraria a la idea que los visualiza como contratos que permiten lograr una mayor eficiencia; *en cualquier caso, se tratará de acuerdos o contratos que procuran producir, en estructuras desintegradas de manera vertical, el mismo resultado que se produciría en una estructura integrada verticalmente, esto es, la maximización de los beneficios conjuntos.* El que se prefiera este tipo de contratos por sobre la integración vertical depende de los costos de integrarse pero, muy en particular, de cómo la legislación trate los contratos verticales en relación con la integración vertical. Como las consecuencias de las restricciones verticales, según sea su motivación y propósito, pueden ser diametralmente opuestas, es que resulta muy relevante para los fines de la regulación determinar su naturaleza. Si las razones son para afianzar poderes monopólicos, se las debe limitar; si son para aumentar la eficiencia, se las debe alentar.” ²²

Bajo este enfoque, las relaciones verticales entre un seguro y un prestador, bajo el mando de un holding o simplemente a través de contratos²³, podrían conducir al mismo resultado económico que la integración vertical pura. En consecuencia, el objeto del análisis económico se orienta a determinar si se generan condiciones y prácticas de

²¹ Este apartado se apoya en Tarziján y Paredes (2016).

²² Énfasis nuestro.

²³ El concepto de contrato que se utiliza en la teoría de la organización industrial es plenamente aplicable a los convenios que suscriben las isapres con los prestadores de salud, los que dan lugar, por ejemplo, a la figura de plan preferente y de prestador preferente. En este concepto, el extremo serían los planes cerrados con un solo prestador.

abuso de poder monopólico²⁴ respecto de la competencia, en ambos segmentos y respecto de los propios beneficiarios.

El que no se prefiera la integración vertical pura está determinado, como vimos al inicio, por las características específicas de la relación seguro – prestador – beneficiario, donde opera la lógica de un “tercero pagador”, y porque este no es el caso clásico de relaciones verticales de insumo-producto como las que normalmente son analizadas en los ejemplos clásicos de integración vertical.

En general, las particularidades de la organización industrial de los sistemas de salud hacen que, buena parte de las veces, los enfoques económicos tradicionales, como por ejemplo las teorías del consumidor y la demanda neoclásicas, no son aplicables de manera mecánica. Por otra parte, juega un rol muy relevante la especialización técnica del seguro, por un lado, y del prestador de salud, por otro, lo que contrapone una mayor eficiencia técnica de la organización desintegrada; versus, la eficiencia de agencia derivada de la integración.

Pero, sin duda, en el caso del sector privado de salud chileno, el tratamiento regulatorio de la integración vertical pura es complementemente diferente al que existe para efectos de los contratos verticales. En el primer caso, existe una prohibición total de que las isapres realicen prestaciones de salud y que tengan participación en la propiedad y la administración de los prestadores de salud. En cambio, en el segundo caso, no existe ninguna regulación de carácter económico de dichos contratos verticales. A esto último se agrega hasta ahora, la posibilidad de relación vertical a través de holdings, la que en la práctica tampoco se encuentra regulada. Este tema fue ampliamente debatido en la reforma de la llamada Ley Corta de isapres introducida el año 2003, siendo descartada una regulación en tal sentido.²⁵

Las restricciones verticales impuestas a través de contratos pueden justificarse, de acuerdo a la teoría, desde el punto de vista de la estrategia empresarial. No obstante, desde la perspectiva de la regulación económica es necesario preocuparse prioritariamente por los efectos que esto tenga en los demás oferentes y en las condiciones de competencia, además de que los beneficios se transmitan hacia el consumidor final. Solo de esta forma la conducta vertical tendrá como resultado mayor bienestar social.

De los diferentes tipos de relaciones verticales que son abordadas en la literatura, solo algunos son aplicables al caso de la relación seguro-prestador. Uno de estos tipos corresponde a lo que se denomina ventas atadas, donde la comercialización de un bien ocurre simultáneamente a la de otro bien.

En el caso de los seguros de salud, por la asincronía de estos respecto de la utilización de las prestaciones sanitarias, es difícil observar la situación clásica de una venta atada. Sin embargo, de alguna manera, la venta de planes de salud cerrados o preferentes, que cierran o incentivan la atención en determinados prestadores, es una forma de atar las ventas que limita las posibilidades de elección y la libre competencia.

Desde el punto de vista regulatorio, interesa saber cuál es la motivación que origina esta forma de relación vertical. Cuando una empresa posee poder monopólico en uno

²⁴ En la teoría se usan varios conceptos, como por ejemplo, abuso de posición dominante o poder oligopólico. Si bien, no significan lo mismo, para los efectos de este análisis son equivalentes ya que atentan contra la libre competencia.

²⁵ Ley N° 19.895 (Salud).

de los mercados (de seguros o de prestaciones de salud) y es capaz de extender ese poder monopólico hacia el otro mercado con el cual se encuentra relacionada verticalmente, es muy relevante la regulación económica para controlar los efectos indeseados de la falta de competencia. En cambio, cuando una venta atada provoca mejoras de eficiencia en ambos mercados, como podría darse en el caso de determinados planes con prestador cerrado o preferente; versus, un esquema de planes de libre elección, la teoría plantea que ésta debería permitirse, incluso fomentarse.

Lógicamente, las soluciones de mercado pueden ser variadas, encontrándose casos en los que predomina una posición de poder monopólico y en otras una mayor eficiencia que se refleja en menores costos para el usuario. En definitiva, bajo el enfoque de conductas, la necesidad y el foco de la regulación económica depende de la evidencia empírica que se tenga en uno u otro sentido.

Por otra parte, independientemente del tipo de relación vertical que exista, hay una serie de conductas y comportamientos estratégicos que se ven favorecidos por la existencia de relaciones verticales. Un caso de esta naturaleza ocurre cuando es el prestador de salud el que desarrolla su propio seguro, generando fuertes incentivos a la inducción de la demanda en el mismo prestador. Esta misma conducta permite el despliegue de estrategias de fidelización de clientes y la captura del financiamiento por parte del prestador, ya que los costos que enfrenta el seguro representan justamente el ingreso de los prestadores relacionados verticalmente. A pesar de ello, siempre es posible encontrar casos en los que estas conductas podrán generar bienestar social y para el usuario final. Por ejemplo, la inducción de demanda podría tener resultados favorables en las atenciones de salud de carácter preventivo y la fidelización de los usuarios podría facilitar la adherencia a los tratamientos.

Un enfoque diferente a la regulación de conductas es el que se orienta a la regulación económica de las estructuras de mercado, ya sea a través de leyes generales antimonopolio y pro-competencia o a través de normas específicas por sectores, como sería el caso del mercado de salud. Desde la perspectiva de la economía moderna, este tipo de legislaciones se considera una fuente de rigidez para el funcionamiento de los mercados, menos reversible que las que se orientan a las conductas y, en definitiva, menos eficaz para cumplir con sus propósitos. Por esta razón, este tipo de regulaciones son cada vez menos frecuentes y se prefiere regular directamente las conductas de los agentes económicos. A pesar de lo anterior, en países europeos este enfoque todavía es predominante y en el caso de Chile la ley de isapres fue concebida bajo esta lógica, aunque con herramientas que se han visto débiles a la hora de enfrentar problemas reales.

La regulación de estructuras se basa en la idea de que determinadas características de la organización de los mercados, hacen que exista mayor probabilidad de observar prácticas anticompetitivas y abuso de poder monopólico.

En la visión que valora positivamente la integración vertical por el hecho de que permitiría disminuir costos de transacción, la empresa se define como una serie de procesos productivos integrados verticalmente, donde se evita que ocurran transacciones de mercado entre cada uno de ellos, permitiendo disminuir el costo final de los productos. El costo de transacción es, justamente, el costo de usar el mercado.

La visión contraria sostiene que la integración vertical permitiría aumentar el poder monopólico y, por esta vía, extraer rentas a los consumidores finales. En esta hipótesis

se fundamenta la regulación económica de la integración vertical y las políticas antimonopolios.

La teoría de la organización industrial contradice parcialmente esta hipótesis y establece consecuencias diferentes en dos casos que interesa considerar.

El primero corresponde a la situación de un monopolista no regulado en una de las partes de la relación vertical, que se enfrenta a un mercado competitivo en la otra parte de la relación vertical. En este caso no existen incentivos de carácter monopolístico para llevar a cabo la integración, ya que la maximización de utilidades ocurre por el solo hecho de establecer el precio de monopolio en ese mercado. Extender su participación hacia el mercado relacionado, pero competitivo, no aporta mayor poder monopolístico ni le permite extraer mayores rentas. Al controlar la propiedad en un mercado competitivo, solo podrá obtener los beneficios normales como en cualquier mercado de tales características, relacionado o no verticalmente. En cambio, el segundo caso, es aquel donde existen monopolistas no regulados en ambas partes de la relación vertical. En este caso si existen incentivos para la integración entre ambas partes de la relación vertical, pero la interacción es compleja de describir, ya que la estrategia de cada agente depende de la estrategia de los demás agentes. Con todo, esta interacción debiera terminar por eliminar alguno de los monopolios y, por esa vía, disminuir o eliminar la doble marginalización, siendo beneficioso para la sociedad y especialmente para el consumidor. En consecuencia, una regulación enfocada exclusivamente a las estructuras de mercado integradas verticalmente, parece no ser la adecuada.

Contrariamente a lo que plantean los casos anteriores, la situación es bastante diferente cuando nos enfrentamos al caso de un monopolista regulado en una parte de la relación vertical. Si la regulación impide que este monopolista extraiga las rentas atribuibles a su posición de mercado, este tendrá fuertes incentivos a integrarse verticalmente hacia el mercado competitivo para conseguir allí capturar tales rentas. En este caso, la posibilidad de que ello ocurra depende de la capacidad que tenga para trasladar su poder monopolístico hacia el mercado competitivo. La posición dominante se concretará, siempre y cuando el monopolista pueda excluir a la competencia en el mercado que inicialmente era competitivo. Si no existen mecanismos reales de exclusión, que puedan materializarse en el mercado competitivo, la integración vertical no tendrá sentido. En cambio, si estos mecanismos de exclusión están disponibles, la regulación será simplemente sobrepasada, permitiendo que se extraigan rentas a los consumidores y se impida la competencia en el mercado no regulado.

Esta hipótesis resulta interesante en el contexto del mercado privado de salud en nuestro país.

Efectivamente el mercado de aseguramiento privado, en el que operan las isapres, tiene características oligopólicas donde cada agente posee poder de mercado, el que se expresa, por ejemplo, en la cautividad de sus beneficiarios. No obstante, se trata de un mercado regulado en el que, crecientemente, se han establecido limitaciones a la capacidad de extracción de rentas. El establecimiento de una banda de precios que regula las alzas anuales de los precios base; la imposibilidad de alterar unilateralmente el precio final del plan mediante el uso postcontractual de las tablas de factores; y, la creciente judicialización de las alzas anuales de precios base, que ha incrementado la magnitud de la cartera cuyos precios se mantienen congelados en términos reales, son limitaciones objetivas que restringen la capacidad de extracción de rentas que posee el oligopolista en el mercado de seguros.

En cambio, la provisión de servicios de salud, donde opera una vasta red de clínicas, centros médicos, laboratorios y profesionales de la salud, entre otros tipos de prestadores, a pesar de ser bastante segmentada geográficamente, por especialidad y por tipo de prestación, tiene características competitivas, particularmente en los grandes centros urbanos donde se concentra la mayor participación de mercado en volumen y en valor. Por otra parte, se trata de un mercado prácticamente desregulado en materia económica, donde existe plena libertad de precios²⁶ y no existe ninguna limitación directa o indirecta a las utilidades.²⁷

De esta forma, en el mercado privado de salud se dan en forma casi perfecta las dos condiciones que plantea esta hipótesis. Un mercado oligopólico de seguros crecientemente regulados y un mercado cuasicompetitivo de prestadores desregulados en materia económica. Por lo tanto, los incentivos para integrarse verticalmente con la finalidad de extraer rentas a los consumidores y trasladarlas hacia los conglomerados, resultan a lo menos una hipótesis plausible a investigar.

A partir de este caso teórico, el problema que intenta abordar la regulación económica se enfoca principalmente en las posibilidades reales de exclusión, desde el punto de vista de la conducta de los agentes y en los aspectos técnicos de la misma, que están determinados por la tecnología como elemento de estructura de mercado, entre otros aspectos.

La exclusión permitirá que el monopolista regulado favorezca a su empresa relacionada por sobre la competencia y en perjuicio de los consumidores. Ello puede darse, al menos, mediante dos modalidades. A través del control de insumos esenciales, caso típico de los sectores industriales manufactureros, o por asimetrías de información entre el regulador y el regulado, por ejemplo, en los precios a los cuales ocurren las transacciones.²⁸ Esta segunda modalidad de exclusión debe ser estudiada, ya que efectivamente las capacidades del regulador son bastante escasas en esta materia y las asimetrías de información son evidentes por la complejidad misma de la industria.

En materia de regulación económica es importante ir más allá de la problemática específica de integración vertical y analizar otras temáticas que envuelve la organización industrial.

Una de ellas dice relación con la especificidad de lo que se ha denominado como holdings. En rigor, el concepto de holding se utiliza para designar a la sociedad financiera o de inversión que permite controlar la propiedad de un conjunto de sociedades, tengan o no relaciones verticales. En nuestro país el concepto que designa al conjunto de las sociedades relacionadas por la propiedad en común, sean o no del mismo rubro, es la de grupo económico o empresarial.²⁹ Cuando la integración no involucra "procesos productivos que estén relacionados, se dice que se trata de una

²⁶ Sobre este tema ver Olivares-Tirado y Salazar (2016). "Diferencias y Heterogeneidad en los Precios de un Conjunto de Prestaciones en Prestadores Privados de la Región Metropolitana", Documento de Trabajo, Superintendencia de Salud. Septiembre, 2016.

²⁷ Ver nota de prensa reciente sobre el tema en [El Mercurio](#) (19/06/2017).

²⁸ Esto, a su vez, puede derivar en problemas de precios depredatorios o en otro tipo de discriminación de precios con diversos fines.

²⁹ La Superintendencia de Valores y Seguros (SVS) publicó entre 2002 y 2013 información parcial sobre la conformación de los principales grupos empresariales chilenos, bajo una definición acotada por la Circular 1.664 (2003). Muy recientemente ha retomado la elaboración de estos mapas de relaciones, con datos incluso mensuales para los años 2016 y 2017. En dichas nóminas se pueden encontrar algunas de las sociedades que pertenecen al mercado privado de salud o que están relacionadas con este.

integración conglomerada" (Tarziján y Paredes 2006: 368), para distinguirla de la integración vertical y de la integración horizontal³⁰.

La temática de los conglomerados y por extensión la de los holdings, es diferente de la temática de las relaciones verticales y, por tanto, las medidas de regulación económica están orientadas a fines distintos.

En este sentido, una línea de análisis se relaciona con las formas de gobierno y de control corporativo de los conglomerados, donde habitualmente se establece una disociación entre la propiedad accionaria, vale decir, los derechos que los accionistas poseen sobre las utilidades de la empresa, y la capacidad de control en la toma de decisiones. Es una práctica extendida que determinados conglomerados sean controlados por capitales relativamente menores en relación al patrimonio total, pero con suficiente capacidad de influir en los directorios.

El denominado control minoritario es la expresión clásica de tal disociación y consiste en que un grupo pequeño de accionistas se hacen del control de la empresa a través de la participación en su directorio. El control minoritario puede darse bajo las formas de control piramidal, control cruzado, acciones de diferente clase, o bien bajo una mezcla de dichas formas.

El control piramidal consiste básicamente en la figura conocida como "sociedades cascadas"³¹, donde un accionista mayoritario de una pequeña sociedad controla la toma de decisiones con participaciones minoritarias en un conjunto de otras sociedades de la estructura conglomeral. El control cruzado consiste en que una sociedad controla parte de la propiedad de otra sociedad que, a su vez, posee participación en la propiedad de sí misma. Estas dos formas de control de la propiedad se encuentran presentes en los principales grupos empresariales que participan en el aseguramiento privado de la salud en nuestro país.

La reciente reforma que perfeccionó el sistema de defensa de la libre competencia reguló el tema de las participaciones cruzadas, en un contexto de conglomerados. Se estableció que todas las participaciones cruzadas que superen el 10% del capital, cuando ocurren en empresas competidoras, deben ser informadas a la Fiscalía Nacional Económica, quien puede instruir investigaciones para comprobar si se infringe la libre competencia.³² Esto explica, por lo demás, la necesidad de llevar un registro actualizado de los diferentes grupos empresariales que existen en el país.

Otra línea de análisis tiene relación con el comportamiento estratégico de las empresas y lo que se denomina el contacto multimercados.

Se plantea que existirían incentivos para organizar conglomerados empresariales y limitar la competencia, mientras mayor sea el número de mercados en los que se enfrenta a los competidores. La denominada hipótesis de la tolerancia mutua sostiene que esto ocurriría, porque cualquier estrategia de competencia agresiva de una empresa en un mercado determinado, puede ser contestada simultáneamente por las empresas competidoras, en el mismo mercado y en otros mercados en los cuáles interactúan. En consecuencia, es la propia dinámica inicial de la competencia la que

³⁰ Se refiere al control sobre el mismo proceso productivo o la absorción de su propia competencia. De allí que se trata directamente de procesos de concentración de mercado.

³¹ El caso más bullado de este tipo recientemente es el que protagonizó SQM el año 2014.

³² Artículo 4° Bis, Ley N° 20.945.

lleva a la formación de conglomerados en diferentes mercados y a la falta de incentivos a la competencia en etapas posteriores.

En el mismo sentido, la conformación de conglomerados es incentivada por los grandes volúmenes de capital que se encuentran en juego, lo que haría necesario el despliegue de estrategias de resguardo patrimonial, que incluyen la captura del regulador y en general la influencia del poder económico sobre el poder político.

En síntesis, las problemáticas que se enfrentan en el mercado de la salud privada en Chile requieren una respuesta regulatoria comprehensiva, que dé cuenta de la complejidad de los procesos económicos que se encuentran involucrados y que además requiere una visión global del sistema de salud, ya que lo que se haga o deje de hacer en un segmento, tiene consecuencias en otros segmentos.

6. Investigaciones recientes patrocinadas por la Superintendencia de Salud

Con el propósito de ampliar la capacidad de investigación y realización de estudios propios sobre el sistema privado de salud, esta Superintendencia suscribió hace algunos años convenios de colaboración con el mundo académico, los que han permitido abordar diversas temáticas utilizando métodos cada vez más refinados.

A fines de 2016, como producto de un convenio con la Facultad de Ciencias Físicas y Matemáticas de la Universidad de Chile, se llevó a cabo una investigación titulada "A structural model of hospital and insurer competition" cuyo autor es Benjamín Vatter. Esta se enfoca principalmente en los efectos que tiene la integración vertical entre clínicas e isapres, sobre los precios y el bienestar de los consumidores en el mercado de la salud privada en Chile. Para ello se formula un modelo estructural, que incluye la negociación entre clínicas e isapres y la competencia por beneficiarios en ambos segmentos de mercado.

La utilización de microdatos proporcionados por la Superintendencia, permitió que el modelo estimara los parámetros que determinan la demanda y los costos marginales de las principales clínicas de la Región Metropolitana. En base a dichos parámetros se llevan a cabo ejercicios contrafactuales para evaluar el impacto de la integración vertical y horizontal. El principal aporte del estudio está en extender la literatura sobre mercados verticales y oligopolios bilaterales, incluyendo un modelamiento explícito de la integración vertical.

Los resultados, aunque todavía provisionales y sujetos a interpretación, muestran que los beneficiarios son substancialmente más sensibles a las primas de los planes de salud que a los precios de las atenciones médicas. Dada la alta concentración del mercado de las isapres y su capacidad para optimizar sus primas, posterior a las negociaciones de precios, el modelo encuentra que las isapres son más flexibles que las clínicas a la hora de optimizar sus ingresos, entregándoles una posición ventajosa a la hora de negociar precios. Los ejercicios contrafactuales muestran que estos dos resultados implican que las clínicas integradas utilizan la flexibilidad de sus isapres para negociar márgenes más altos, permitiendo a las isapres aumentar sus ingresos, aprovechando la demanda más inelástica por atención médica.

Los resultados preliminares indican que, de prohibirse la integración vertical, los precios de las atenciones médicas bajarían en aproximadamente 25% en promedio, sin

modificar significativamente las primas de los planes de salud, en tanto que las prohibiciones a la integración horizontal tendrían pocos beneficios en términos de precios promedio y bienestar.

En mayo del presente año 2017, fue presentada la investigación titulada "Análisis microeconómico del grado de sustitución en el mercado de la salud en Chile", elaborado por Aníbal Cabbada, el que tiene un carácter descriptivo y exploratorio utilizando archivos maestros proporcionados por la Superintendencia de Salud. Si bien no se aborda de lleno la problemática de integración vertical, indaga sobre un aspecto esencial para entender adecuadamente el tema.

A partir de estadísticas descriptivas y la construcción de matrices de Markov se estiman las probabilidades de persistencia hospitalaria (2 visitas consecutivas en el mismo prestador de salud) y de persistencia en aseguradoras (afiliación por 2 años consecutivos en la misma isapre). Esto permite determinar que, en promedio, los pacientes persisten en su prestador el 64,08% de los casos y en su aseguradora el 92,37% de los casos. Estos y los demás resultados obtenidos aportan información relevante para el perfeccionamiento de modelos de análisis más complejos y útiles de la integración vertical.

Actualmente, se encuentra en desarrollo una investigación conjunta de Cuesta, Noton y Vatter³³ que busca estimar cuáles serían los precios a los consumidores en la industria si la integración vertical no existiese. Utilizando los archivos maestros de la Superintendencia, se busca estimar un modelo estructural de negociación que permita construir el escenario contrafactual de isapres y clínicas negociando sin relaciones verticales de propiedad. Desde una perspectiva teórica los resultados agregados de bienestar son ambiguos porque diferentes actores se verán afectados en forma distinta. En ausencia de integración vertical, es esperable que las isapres tengan una posición desventajosa respecto de las clínicas no integradas. La integración vertical provee a las isapres la posibilidad de desviar demanda hacia clínicas propias, lo que favorece las negociaciones de las isapres con todas las clínicas. Asimismo, es posible que las clínicas actualmente integradas también cambien sus precios en ausencia de integración vertical.

¿Que determina el poder de negociación de las isapres versus las clínicas? El poder de negociación de una isapre se basa en la capacidad para retener a sus clientes en el caso de ausencia de acuerdo con un prestador específico. Si ante la ausencia de acuerdo, la isapre es capaz de retener a todos sus usuarios y estos se limitan a cambiarse de prestador, entonces todo el poder de negociación está en manos de la isapre. En cambio, si frente al desacuerdo los usuarios deciden abandonar la isapre y buscar otra que sí contemple un acuerdo con el prestador específico, entonces todo el poder de negociación está en manos del prestador. Esto sin duda es un ejercicio complejo para calcular los nuevos precios de equilibrio en una nueva estructura de propiedad.

¿Qué pasara con los consumidores? ¿Cuánto de estos cambios se traspasan a los consumidores? Para responder esta pregunta es vital estudiar la sustitución entre clínicas y la sustitución entre isapres, las cuales determinan las presiones competitivas y el resultado de las negociaciones. A priori los usuarios de clínicas no integradas enfrentarían precios más altos, pero esto desencadena un equilibrio de precios incierto para todo el resto del mercado. Sólo el correcto patrón de sustitución en el mercado de

³³ Por aparecer durante 2017.

isapres y de clínicas en el modelo estructural podrá concluir los efectos agregados del nuevo equilibrio competitivo.

El interés por estas problemáticas motivó la realización, en agosto de 2017, del Workshop on Healthcare and Industrial Organization patrocinado por el Instituto Milenio sobre Imperfecciones de Mercado y Políticas Públicas (MIPP), de la Universidad de Chile, y la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de la Universidad de los Andes. Esta actividad reunió en Santiago a algunos de los más destacados investigadores del medio académico norteamericano, junto a los colegas locales. El Workshop también contó con la colaboración de la Superintendencia de Salud.

Como se puede apreciar a lo largo de estas notas, la problemática de integración vertical es bastante más amplia y compleja de lo que aparece a primera vista, y está bastante lejos de ser un tema que se cierra en sus aspectos formales. Muy por el contrario, lo que hemos querido señalar en esta introducción, es que su abordaje regulatorio requiere profundizar y actualizar el diagnóstico que tenemos sobre la industria privada de la salud. A pesar de los esfuerzos de investigación y análisis que se han desplegado, no es posible extraer conclusiones categóricas en un sentido o en otro. Incluso más, hemos querido poner en evidencia que muchas veces se mezclan temas diferentes a la integración vertical, los que requieren tratamientos regulatorios diferentes.

Documento de Trabajo

Prestadores de Salud, Isapres y Holdings: ¿Relación Estrecha?

Claudia Copetta Maturana

Diciembre, 2013

Resumen

- A partir de 2005, la integración vertical queda prohibida por ley, de esta forma las isapres pasan a tener “por objeto exclusivo el financiamiento de las prestaciones y beneficios de salud”, en ningún caso pueden implicarse en “la ejecución de dichas prestaciones y beneficios ni participar en la administración de prestadores”.
- En la actualidad, las isapres más relevantes del mercado han incorporado el modelo de integración vertical a través de un holding al cual pertenecen la isapre y los prestadores relacionados.
- El análisis realizado es una aproximación al tema dadas las atribuciones legales vigentes de la Superintendencia, las que siendo insuficientes para investigar a cabalidad a los holdings, sin duda, podría estar dejando información relevante fuera de consideración.
- En su conjunto las isapres abiertas compraron sólo 19,2% de las prestaciones a empresas relacionadas conocidas durante 2012, esto podría estar mostrando una incapacidad de algunas isapres en orientar a sus clientes al uso de prestadores relacionados o una limitación de la Superintendencia en conocer todas las relaciones existentes entre isapres y sociedades prestadoras.
- Cabe señalar que, de las isapres que tienen mayor relación con los prestadores ligados, esto es, Banmédica, Consalud y Vida Tres, el grado de concentración promedio de las ventas en los prestadores relacionados, para 2012, fue de 32,0%, lo que refleja una mayor capacidad de convencer a sus beneficiarios de usar la red relacionada, posiblemente a través de la oferta de menores copagos.
- Existe la posibilidad que este porcentaje esté subvaluado debido a dos factores: por una parte, las consultas médicas realizadas en los centros médicos relacionados son facturadas a nombre del médico tratante o de su sociedad personal, no a nombre de la clínica relacionada. Es por ello que, no estarían siendo consideradas en la facturación de ésta y como resultado se podría estar aminorando el grado de concentración real en prestadores relacionados. Por otra parte, los honorarios médicos hospitalarios, en general, son cobrados a través de sociedades médicas, con un RUT diferente al del prestador relacionado. Por lo tanto, es posible que estos costos no estén siendo considerados a cabalidad en el análisis, pues la Superintendencia no conoce todas las sociedades que compondrían los prestadores relacionados.
- En los 15 prestadores relacionados, dónde la isapre del grupo tienen un control fuerte sobre los ventas, en promedio, las prestaciones consumidas por los beneficiarios de dicha isapre representan 65,5% de sus ingresos.
- Si consideramos sólo la facturación de los prestadores institucionales, podemos decir que las clínicas relacionadas a isapres, conocidas, representan una participación de 42,0% del total del mercado. Si bien, no toda su facturación es a beneficiarios de la isapre del grupo, a partir de esta cifra uno puede estimar que su influencia en los precios del mercado no es menor. Con respecto a los prestadores individuales, existiría un porcentaje importante de ellos que atienden consultas en las clínicas relacionadas y que, para poder ser parte de estas instituciones, habrán establecido algún tipo de acuerdo con el prestador relacionado, por lo que se podría esperar que la influencia de los grupos propietarios de las isapres en cuánto a influir en los precios del mercado de las consultas fuera aún mayor.

1. Antecedentes

1.1 El concepto de integración vertical

Una empresa verticalmente integrada es aquella que participa en más de una etapa del proceso productivo o en la distribución de los bienes o servicios. Las empresas que no están integradas verticalmente compran a otras los insumos o servicios que necesitan para sus procesos productivos o de distribución.

Una firma que no se integra puede establecer contratos de largo plazo con las empresas con las que negocia, estableciendo precios y otros términos comerciales. Estas restricciones contractuales se llaman restricciones verticales. Por ejemplo, algunos productores restringen a sus distribuidores al definir territorios de venta, estableciendo requerimientos en cuanto al inventario e incluso estableciendo los precios mínimos que ellos pueden cobrar.

Algunas empresas eligen integrarse verticalmente y llevar a cabo todas las actividades de producción y distribución. Otras, optan por una integración parcial. Por ejemplo, se abocan a la producción y dejan la comercialización en manos de otros. Otras opciones son no integrarse y establecer contratos que restringen las acciones de aquellos con los que se negocia o bien comprar en el mercado a firmas anónimas con las que no se establecen contratos especiales.

La decisión de integrarse verticalmente, establecer contratos que determinen restricciones verticales o bien confiar en las condiciones que se pueden obtener en el mercado, dependerá de la estrategia que elija la empresa, ya que esta decisión afectará los precios, su comportamiento promocional y el de sus entidades relacionadas. Las principales causas por las que una empresa decide integrarse verticalmente tienen que ver con reducir costos y eliminar externalidades de mercado.

1.2 Integración en el sistema isapre

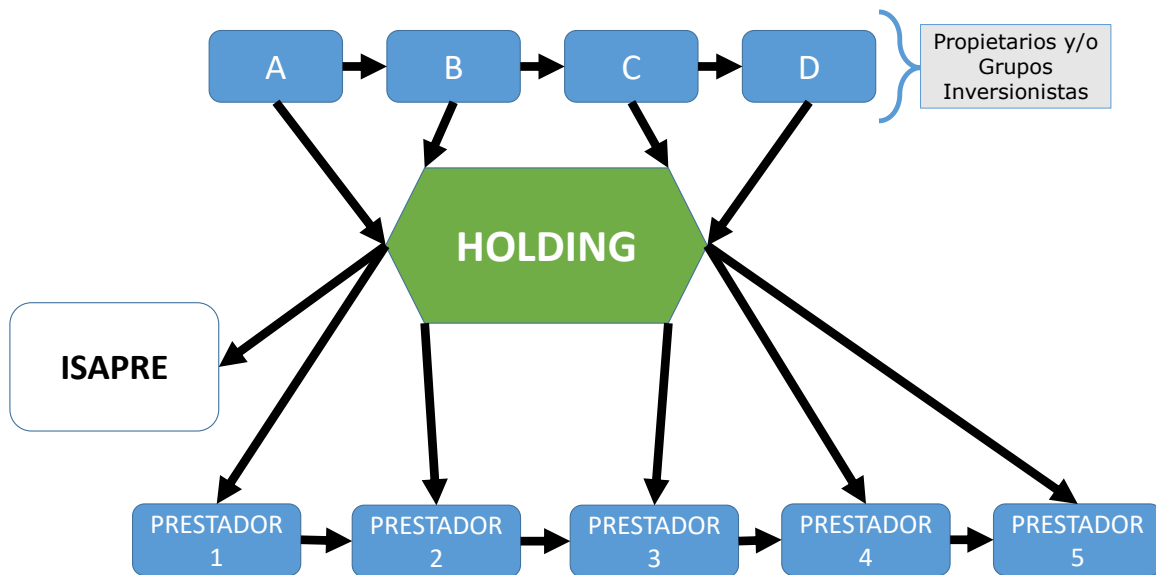
Al inicio del sistema isapre, en los 80's, estas instituciones sólo ejercieron el rol asegurador, financiando prestaciones de salud. Éstas eran otorgadas por clínicas, médicos y laboratorios ajenos a las aseguradoras y con las cuales operaban convenios de atención (instancia conocida como coordinación vertical). Sin embargo, a mediados de los 90's la industria de la salud privada en Chile, entra en una fase de madurez reduciendo paulatinamente su tasa de crecimiento de afiliados y rentabilidad. Mientras los ingresos crecieron sostenidamente hasta 1998 los costos operacionales lo hicieron a una tasa mayor, debido principalmente al aumento del costo de las prestaciones.

Hacia fines de los 90's las isapres efectuaron una serie de operaciones comerciales que se tradujeron en adquisiciones totales o de gran parte de la propiedad de clínicas, centros médicos y laboratorios, así como en el empleo directo de profesionales de la salud (médicos, enfermeras, tecnólogos médicos, matronas, etc.), en lo que se conoce como proceso de integración vertical.

La integración vertical, la concentración del mercado a través de fusiones y otros modelos, menos exitosos, como la salud administrada fueron algunas de las respuestas de las isapres para mejorar sus ventajas competitivas.

En el año 2005, la Ley 20.015 incorpora un inciso por medio del cual la integración vertical queda prohibida, de esta forma las isapres pasan a tener *"por objeto exclusivo el financiamiento de las prestaciones y beneficios de salud, así como las actividades que sean afines o complementarias de ese fin, las que en ningún caso podrán implicar la ejecución de dichas prestaciones y beneficios ni participar en la administración de prestadores"*¹.

En la actualidad, las isapres más relevantes del mercado han incorporado el modelo de integración vertical a través de un holding al cual pertenecen la isapre y los prestadores. El modelo de propiedad se grafica a continuación:



La Superintendencia ha venido analizando las participaciones de las isapres en los prestadores de salud desde fines de los 90's. En ese entonces existían en el mercado de las isapres abiertas 8 instituciones, de ellas tres ya no existen², lo que de alguna manera muestra el dinamismo de la industria y el proceso de mayor concentración. Hoy, este mismo mercado, lo componen 7 isapres abiertas, e igual número de isapres cerradas, éstas últimas con una participación en conjunto no superior al 3%. Las participaciones³ muestran una industria fuertemente concentrada:

¹ En el artículo 173 del DFL n° 1, del Minsal

² Cigna, Aetna Salud y Promepart.

³ La distribución a junio 2013 en término de cotizantes es muy similar a aquella en términos de beneficiarios.



2. Propiedad de las isapres en los prestadores de salud

Como señala el punto anterior, debido a que la ley prohíbe la integración vertical entre isapres y prestadores, los seguros de salud no poseen participaciones directas en éstos últimos. A continuación se detallan los holdings propietarios:

- Banmédica S.A. controla el 99,99% tanto de isapre Banmédica como de isapre Vida Tres.
- Inversiones Apoquindo controla el 99,99% de Colmena G.C.
- Sociedad de Inversiones y Servicios La Construcción controla en un 99,99% a Consalud.
- Cruz Blanca Salud controla 98,9% de isapre Cruz Blanca.
- NRG Inversiones controla 99,98% de Ferrosalud.
- Diversas sociedades médicas controlan el 100% de isapre Masvida. En la actualidad, la malla de propiedad se encuentra en proceso de transformación, para que sea una sociedad anónima quien controle el 100% de la isapre. Será un holding que se denominará Empresas Masvida, perteneciente a las mismas 84 sociedades médicas.

Asimismo, en información pública de diciembre de 2012 los mencionados holdings presentan los mismos administradores y/o directores en las isapres y en los prestadores, como lo muestra el cuadro adjunto:

Nombre	isapre	Prestador de Salud	Cargo en isapre	Cargo en Prestador de Salud
Héctor Concha Marambio	Banmédica-Vida Tres	Clínica Santa María	Director	Director
		Clínica Dávila	Director	Director
		Clínica Vespucio	Director	Director
		Clínica Bío Bío	Director	Director
		Clínica Ciudad del Mar	Director	Director
		Vidaintegra	Director	Director
		Help	Director	Director
Fernando Matthews Cádiz	Banmédica-Vida Tres	Vidaintegra	Gerente General	Director
Marcelo Dutilh Labbe	Consalud	Clínica Iquique	Gerente General	Director
Pedro Grau Bonet		Megasalud	Director	Director
Andres Varas Greene	Cruz Blanca	Integramédica	Director	Director
Marcelo Bermúdez Saenz			Director	Director
Rodrigo Muñoz Muñoz			Director	Director
Felipe Zegers Vial			Director	Director
Claudio Santander Kelly	Masvida	Clínica Las Lilas	Director	Director
		Clínica Isamédica	Director	Director
		Clínica El Loa	Director	Director
		Clínica Los Andes de Puerto Montt	Director	Director
Eduardo Mordojovich Soto	Masvida	Clínica Los Andes de Puerto Montt	Director	Director

La situación de propiedad en los prestadores de salud a diciembre de 2012, con información extraída de las memorias de las sociedades a esa fecha, se presenta como sigue:

2.1 Inversiones directas de los holdings en prestadores de salud

Empresa	% participación del Holding	Sociedades
Banmédica S.A.	99,43%	Clínica Santa María
	99,99%	Clínica Dávila
	99,99%	Vida Integra
	99,99%	Inversiones Clínicas Santa María
	99,99%	Help
	13,08%	Clínica Iquique
Inversiones Apoquindo S.A. (Colmena)	Sin información	Centro Médico Dial
		Clínica UC San Carlos de Apoquindo
		Clínica Magallanes
		Clínica Elqui
		Clínica Integral de Rancagua
		Hospital Clínica del Sur de Concepción
		Clínica de Puerto Montt
Centro Salud Mental		
Soc. de Inversiones y Servicios La Construcción S.A. (Consalud)	80,82%	Empresas Redsalud

Inversiones directas de los holdings en prestadores de salud (Continuación)

Empresa	% participación del Holding	Sociedades
Cruz Blanca Salud S.A.	71,51%	Desarrollo e Inversiones S.A.
	84,45%	Inversiones Clínicas Pukará S.A.
	68,97%	Corporación Médica de Arica
	99,99%	Integramédica S.A.
N.R.G. Inversiones S.A. (Ferrosalud)	Sin información	Clínica Central
		Centros Médicos Plusmédica
Sociedades Médicas a través de Masvida Inversiones S.A. y MV Clínica	60,0%	Clínica Las Lilas
	91,77%	Clínica Providencia
	79,6%	Clínica Universitaria de Concepción
	74,1%	Clínica El Loa
	0,11%	Clínica de la Familia de Calama
	27,51%	Clínica Isamédica
	53,94%	Clínica Los Andes de Puerto Montt
	13,25%	Clínica Magallanes
50,87%	Clínica Chillán	

A través de éstas sociedades los holdings mantienen participaciones indirectas en los prestadores que se muestran a continuación.

2.2 Inversiones indirectas de los holdings en los prestadores de salud

Empresa	% participación del Holding	Sociedades	% participación del Holding	Sociedades
Soc. de Inversiones y Servicios La Construcción S.A.	80,81%	Megasalud	80,8%	Megasalud Oriente Ltda.
	80,81%	Clínica Bicentenario		
	42,15%	Clínica Iquique		
	80,81%	Clínica Tabancura		
	80,81%	Clínica Avansalud		
	80,81%	Inmobiliaria Clínica		
	80,81%	Oncored		
	26,06%	Administradora de Clínicas Regionales	17,3%	Clínica Elqui
			25,7%	Clínica Curicó
			20,4%	Hospital Clínico del Sur
			24,4%	Clínica Puerto Montt
			13,3%	Clínica la Portada
	32,33%	Administradora de Clínicas Regionales 2	16,5%	Clínica Integral de Rancagua
			29%	Clínica Lircay
			32,33%	Clínica Valparaiso
	32,33%	Administradora de Clínicas Regionales 2	22,1%	Clínica Magallanes
			15,8%	CDM Atacama
			16,5%	Clínica Atacama
			20,2%	Hospital Clínico de Temuco
	40,41%	Atesa	20,2%	Transacciones electrónicas
8,87%	Hospital Clínico de Viña del Mar			

Inversiones indirectas de los holdings en los prestadores de salud (Continuación)

Empresa	% participación del Holding	Sociedades	% participación del Holding	Sociedades
Banmédica S.A.	99,42%	Home Medical		
	99,83%	Clínica Alameda		
	99,98%	OMESA		
	69,49%	Centromed		
	99,98%	Clínica Vespucio		
	99,98%	Clínica Bío Bío		
	99,98%	Clínica Ciudad del Mar		
Cruz Blanca Salud S.A.	71,50%	Clínica Reñaca	57,2%	Soc. Médica de Imagenología Clínica Reñaca.
	71,50%	Centro Médico Clínica Reñaca		
	84,28%	Centro Médico Antofagasta		
	84,28%	Servicios y Abastecimientos a Clínicas		
	84,44%	Sociedad Médica Quirúrgica de Antofagasta		
	42,23%	Sociedad Instituto de Cardiología del Norte		
	84,44%	Inmobiliaria Somequi		
	50,67%	Sociedad de Resonancia Magnética del Norte		
	57,30%	Inmobiliaria Centro Médico Antofagasta		
	68,49%	Sociedad de Inversiones Pascabra S.A.		
	67,05%	Sociedad Médica San José S.A.		

Inversiones indirectas de los holdings en los prestadores de salud (Continuación)

Empresa	% participación del Holding	Sociedades	% participación del Holding	Sociedades
Cruz Blanca Salud S.A. (Continuación)	68,28%	Comercial Farmacia San José S.A.		
	55,18%	Sociedad de Medicina Nuclear S.A.		
	24,14%	Sociedad de Medicina Nuclear Ltda.		
	67,59%	Centro de Diagnóstico Avanzado San José		
	48,27%	Centro de Imágenes Médicas Avanzadas San José		
	62,07%	Laboratorio Clínico San José		
	99,98%	Integramédica Centros Médicos S.A.	90,0%	Centro de Diagnóstico Dra. Pilar Gazmuri S.A.
	99,98%	Exámenes de Laboratorio S.A.	99,7%	Laboratorio Labatria S.A.
	99,90%	Florida Salud Integral S.A.		
	58,39%	Recaumed S.A.		
99,89%	Laboratorios Integrados S.A.			

En relación a los antecedentes aquí expuestos, hay que señalar que se trata de la información pública disponible a diciembre de 2012 y, por lo tanto, puede no ser completa. Sin embargo, es lo que la Superintendencia puede obtener dadas sus actuales atribuciones.

Para poder hacer un análisis más completo la Superintendencia debería contar con la malla de propiedad detallada del holding controlador y sus inversiones, pues prestadores en los cuales el holding mantiene propiedad directa no mayoritaria, podrían estar siendo controlado por los mismos propietarios a través de otras sociedades, pero de las cuales no existe información pública disponible y sobre las cuales la Superintendencia no tiene facultades de fiscalización, menos aún atribuciones legales para exigir información.

En este sentido, este análisis es una primera barrida de los datos con los que hoy es posible contar, aquellos que son públicos. Dadas las atribuciones legales vigentes de la Superintendencia, sin duda, podría haber información relevante para este estudio que no esté siendo considerada.

3. Concentración de los ingresos en los prestadores de salud

3.1 Criterios metodológicos

Como las estadísticas analizadas dicen relación con el sistema isapres, el análisis sólo considerará las ventas que los prestadores hicieron a los beneficiarios de éstas, por lo que para cada prestador se tendrá en cuenta sólo la facturación total en el sistema isapres. Cabe mencionar que según informe de la asociación de Clínicas de Chile, la venta de los prestadores a la MLE de FONASA alcanza al 30% de sus ingresos, en tanto, la venta a las isapres representa el 70% restante.

Por medio de este estudio, se busca definir dos aspectos. Por una parte, cual es el control que los prestadores relacionados ejercen sobre los costos de la isapre y de este modo en los resultados de las mismas. Hablaremos de un control fuerte cuando los costos asociados a los prestadores relacionados superen el 50% del total; un control medio, cuando los costos en prestadores relacionados concentren entre el 50% y el 15%, cuando sea inferior al 15% se hablará de un control bajo o menor.

Otra forma de ver la integración es analizar si la isapre tiene mayor o menor grado de control sobre las políticas comerciales del prestador, esto porque representa un poder de compra importante de sus servicios. En este caso, los grados de control ejercidos por la isapre en los prestadores se clasificarán como se establece a continuación:

- Para aquellos prestadores relacionados que concentran el 50% de sus ingresos⁴ o más en una isapre, se hablará de un control fuerte por parte de ésta. En estos prestadores, los ingresos provenientes de la isapre relacionada son absolutamente determinantes en los resultados de cada uno de ellos.
- Si el prestador concentra entre el 50% y el 15%, se dirá que la isapre ejerce control medio.
- En tanto, en aquellos prestadores que concentran menos de un 15%, se hablará de un control débil. Esto, considerando que un 15% representaría 10,5% de las ventas totales del prestador. Este porcentaje representa un poder de compra menor que no le permite a la isapre estar en posición de influir sobre los precios a los que quiere comprar.

En el análisis realizado para determinar qué tan relevante es el grado de integración de las isapres con los prestadores, se aplicó la siguiente metodología:

1. Del Archivo Maestro de Prestaciones, se extrajo el valor facturado total de las prestaciones bonificadas por cada isapre durante el año 2012.
2. Se depuró el Archivo de Prestadores Institucionales, identificándose 632 RUTs de prestadores con sus razones sociales. En la base original ciertos centros médicos utilizaban el mismo RUT, por lo que fue necesario reagruparlos en una razón social, por ejemplo: Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile y todos sus Centros de Salud Familiar asociados; o Megasalud Centro Médico y Dental, con todas sus sucursales incluida Clínica Arauco Salud.

⁴ Se refiere al porcentaje de los ingresos por ventas a beneficiarios de isapres, según se explicó en el primer párrafo.

3. Una vez identificados los prestadores institucionales se determinó el porcentaje de las prestaciones bonificadas que la isapre compró a prestadores relacionados, de modo de visualizar cuan importantes estos prestadores eran en la definición de los costos de la isapre, determinando su control sobre la isapre.
4. Luego se tomó la visión desde el prestador relacionado y se analizó la participación que la isapre tenía en las ventas de dicho prestador en 2012. De esta forma se buscó estimar si el poder comprador de la isapre en cuestión era fuerte, medio o débil, siguiendo la definición anteriormente mencionada.

3.2 Análisis de las prestaciones bonificadas por las isapres para definir el grado de control de los prestadores relacionados en los costos de las isapres

a. Banmédica- Vida Tres

De la base de datos de Prestaciones Bonificadas, se obtuvo que, para el año 2012, el monto total facturado de prestaciones alcanzó a MM\$ 370.634 en el caso de Banmédica y a MM\$134.529 en el caso de Vida Tres.

Del total de los prestadores, se identificó por su nombre o razón social al 77,0% en el caso de Banmédica y al 73,1% en el caso de Vida Tres. El porcentaje restante son principalmente prestadores individuales (médicos, kinesiólogos, psicólogos, etc.)

Asimismo, se logró identificar a aquellos prestadores institucionales que se ha podido distinguir como relacionados a través del holding, los que concentran 41,5% de las prestaciones bonificadas en el caso de Banmédica y al 22,5% en el caso de Vida Tres. Ambos porcentajes reflejan un control medio de los prestadores relacionados sobre los costos de las isapres.

b. Colmena

En el caso de Colmena, el monto total facturado de prestaciones alcanzó a MM\$349.470 en el año 2012. Del total de los prestadores se identificó por su nombre o razón social al 69,8%, siendo el resto principalmente prestadores individuales. Los prestadores relacionados a través del holding concentran 4,4% de las prestaciones bonificadas por la isapre, reflejando un bajo control.

c. Consalud

En el caso de Consalud, el monto total facturado de prestaciones alcanzó a MM\$291.930 en el año 2012. Del total de los prestadores se identificó por su nombre al 60,0%. Los prestadores relacionados concentran 24,3% de las prestaciones bonificadas por la isapre.

d. Cruz Blanca

En el caso de Cruz Blanca, el monto total facturado de prestaciones alcanzó a MM\$377.281 en el año 2012. Del total de los prestadores se identificó por su nombre al 74,6%, el porcentaje restante serían prestadores individuales. Los prestadores relacionados concentran 9,1% de las prestaciones bonificadas por la isapre.

e. Ferrosalud

En el caso de Ferrosalud, el monto total facturado de prestaciones alcanzó a MM\$3.050 en el año 2012. Del total de los prestadores se identificó por su nombre al 74,2%, el resto serían principalmente prestadores individuales. Los prestadores relacionados concentran 13,4% de las prestaciones bonificadas por la isapre.

f. Masvida

En el caso de Masvida, el monto total facturado de prestaciones alcanzó a MM\$187.569 en el año 2012. Del total de los prestadores se identificó por su nombre al 65,1%, los restantes serían prestadores individuales. Los prestadores relacionados concentran 12,4% de las prestaciones bonificadas.

En los casos de Banmédica, Vida Tres y Consalud, la influencia de los prestadores relacionados en los costos es media, levemente superior al promedio del sistema de isapres abiertas. En el resto de las isapres abiertas la concentración de los costos en prestadores relacionados es menor.

	Banmédica	Vida Tres	Colmena	Consalud	Cruz Blanca	Ferrosalud	Masvida	Total isapres Abiertas 2012
Porcentaje del Total de Prestaciones Facturadas Comprado a Prestadores Relacionados	41,5%	22,5%	4,4%	24,3%	9,1%	13,4%	12,4%	19,2%
Valor Facturado del Total de Prestaciones Cubiertas por la isapre en 2012 (MM\$)	370.634	134.529	349.470	291.930	377.281	3.050	187.569	1.714.462

En su conjunto las isapres abiertas compraron sólo 19,2% de las prestaciones en empresas relacionadas conocidas durante 2012, esto podría estar mostrando una incapacidad de algunas isapres en orientar a sus clientes al uso de prestadores relacionados. Esta "incapacidad" podría deberse, por ejemplo, a que los precios convenidos entre las isapres y sus prestadores relacionados no fueran mejores que los de los prestadores no relacionados, no existiría un gancho atractivo para el beneficiario para cambiar su prestador, o bien que no existiese tal interés de parte de las isapres pues consiguen mejores precios de convenio en otros prestadores no relacionados.

Este enfoque será trabajado en otro estudio desarrollado por el Departamento de Estudios.

Por otra parte, también podría ser reflejo de una limitación en las atribuciones de la Superintendencia, en tanto los holdings no tienen obligación de informarle sus inversiones.

Cabe señalar que, en Banmédica, Consalud y Vida Tres, las isapres que tienen mayor relación con los prestadores relacionados, el grado de concentración promedio de los costos en éstos, para 2012, fue de 32,0%, lo que refleja una mayor capacidad de convencer a sus beneficiarios de usar la red relacionada, probablemente a través de menores copagos.

Hay que recalcar que existen dos aspectos que podrían estar disminuyendo esta concentración y que hay que tener muy presentes:

1. Las consultas médicas realizadas en los centros médicos relacionados son facturadas a nombre del médico tratante o de su sociedad personal, no a nombre de la clínica relacionada a la isapre. Es por ello que, si bien esos precios de alguna manera siguen los estándares establecidos o acordados con el prestador, no están siendo considerados en la facturación de éste y como resultado se podría estar aminorando el grado de concentración en prestadores relacionados.
2. Los honorarios médicos hospitalarios, en general, son cobrados a través de sociedades médicas, con un RUT diferente al del prestador relacionado. Por lo tanto, es posible que estos costos no estén siendo considerados a cabalidad en el análisis, pues la Superintendencia no tiene a su disposición un listado con los RUTs de todas las sociedades que componen los prestadores relacionados. Este aspecto también representa otro factor para aminorar el grado de concentración en prestadores relacionados.

3.3 Análisis de las facturaciones de los prestadores relacionados para definir el grado de control que las isapres ejercen en los ingresos de los primeros

a. Banmédica- Vida Tres

Centrando el análisis en la facturación de los prestadores relacionados, se estimó la participación de éstas dos isapres en la facturación de los prestadores, la que se presenta a continuación, según la importancia que éstas tienen en los ingresos de cada prestador.

Valor facturado anual al Total de las isapres por los principales prestadores relacionados a diciembre de 2012

Prestadores	Vida Integra	Radioterapia Clínica	Clínica Dávila	Clínica Vespucio	Servicios Médicos Santa María	Clínica Santa María S.A.	Servicios Médicos	Clínica Bio Bio	Clínica Ciudad del Mar	Clínica Iquique	Centromed
Facturado	16.386	2.068	73.553	9.895	32.399	114.275	1.798	6.407	9.383	5.466	1.092
Participación Conjunta	88%	80%	74%	72%	62%	55%	40%	39%	37%	24%	17%

Banmédica -Vida Tres ejercen un control fuerte sobre: Vida Integra, Radioterapia Clínica Santa María, Clínica Dávila, Clínica Vespucio, Servicios Médicos Santa María y Clínica Santa María. En el resto de los prestadores relacionados su control es medio.

En el caso de Servicios Médicos Ciudad del Mar y de Clínica Bio Bio, la isapre que sigue en relevancia de participación es Consalud, que concentra un 19% y 22% de sus ingresos respectivamente. En el caso de Clínica Ciudad del Mar, la isapre que sigue en relevancia es Colmena (14%) y luego Consalud (12%). En tanto, en la Clínica Iquique, Consalud tiene más relevancia que las isapres en estudio, con 27% de participación, y le sigue de cerca la isapre Cruz Blanca, con un 23%. Finalmente, para Centromed, los ingresos están concentrados en los beneficiarios de las isapres Masvida (32%) y Colmena (30%).

b. Colmena

La participación de la isapre en los ingresos de sus prestadores relacionados se presenta a continuación según la relevancia que la isapre tiene en el total de las ventas de cada uno.

Valor facturado anual al total de las isapres por los principales prestadores relacionados a diciembre de 2012

Prestadores	Dial Médica	Clínica UC San Carlos de	Clínica Magallanes	Clínica Regional Elqui	Hosp. Clínico del Sur	Clínica Puerto Montt
Facturado Anual (MM\$)	2.519	18.173	5.284	3.860	4.630	2.749
Participación Colmena	97%	56%	19%	18%	15%	11%

En Dial Médica y en la Clínica UC San Carlos de Apoquindo, la isapre ejerce un control fuerte. En el resto de los prestadores relacionados el control es medio, con la única excepción de la Clínica Puerto Montt, donde Colmena tiene un control bajo.

De hecho, en Clínica Magallanes, las ventas se concentran en Consalud (28%) y Masvida (24%), en la Clínica Elqui los ingresos están concentrados en Banmédica (27%) y Cruz Blanca (19%), en tanto en el Hospital Clínico del Sur como en la Clínica Puerto Montt, las ventas se concentran fuertemente en Masvida (34% y 25% respectivamente) y en Consalud (18% y 23% respectivamente).

c. Consalud

El cuadro siguiente presenta la participación de isapre Consalud en los ingresos de los prestadores relacionados según la relevancia que la isapre tiene en el total de las ventas de cada uno.

Valor facturado anual al total de las isapres por los principales prestadores relacionados a diciembre de 2012

Prestadores	Megasalud	Clínica Bicentenario	Clínica Avansalud	Clínica Tabancura	Clínica Valparaíso	Clínica Magallanes	Clínica Iquique	Clínica Puerto Montt	Clínica Portada	Hospital Clínico del Sur	Clínica Curico	Clínica Lircay	Clínica Regional Elqui	Clínica Atacama
Facturado Anual (MM\$)	41.320	11.382	20.278	24.341	367	5.284	5.466	2.749	3.601	4.630	780	1.082	3.860	2.810
Participación Consalud	86%	69%	50%	45%	31%	28%	27%	23%	20%	18%	18%	12%	11%	10%

La isapre tiene un control fuerte en Megasalud, Clínica Bicentenario y Avansalud. En el caso de Clínica Tabancura, Valparaíso, Magallanes, Iquique, Puerto Montt, La Portada,

Curicó y Hospital Clínico del Sur su control es medio, y es débil en las clínicas Lircay, Elqui y Atacama.

De hecho en la Clínica Puerto Montt, isapre Masvida concentra un mayor porcentaje de ventas (25%) que Consalud, en la Clínica La Portada es isapre Cruz Blanca quien concentra la mayor participación (29%), en el Hospital Clínico del Sur es la isapre Masvida la que concentra la mayor parte de las ventas (34%), en la Clínica Curicó son Cruz Blanca y Colmena las que concentran más ventas, con 23% cada una, en la Clínica Lircay son Colmena (29%) y Masvida (26%), finalmente en las clínicas Elqui y Atacama la isapre que concentra mayor parte de las ventas es Banmédica (27% y 30% respectivamente).

d. Cruz Blanca

A continuación se presentan los prestadores relacionados según la relevancia que la isapre tiene en el total de las ventas de cada uno.

Valor facturado anual al total de las isapres por los principales prestadores relacionados a diciembre de 2012

Prestadores	Clínica Antofagasta	Integramédica Centros	Clínica Reñaca	Clínica San José	Clínica Integraméd
Facturado Anual (MM\$)	14.209	45.283	35.629	1.773	13.777
Participación Cruz Blanca	53%	44%	24%	24%	16%

La isapre tiene un control fuerte sobre las ventas de Clínica Antofagasta y un control medio para el resto de sus prestadores relacionados.

En Integramédica, la isapre que sigue en relevancia es Banmédica (19%). En Clínica Reñaca la concentración de las ventas es bastante equitativa entre Masvida (18%), Colmena (17%) y Consalud (16%). En la Clínica San José, el mayor porcentaje de ventas (25%) lo concentra isapre Colmena, en cambio en la Clínica Integramédica, Masvida es por lejos la isapre que concentra mayor parte de los ingresos (62%).

e. Ferrosalud

Los prestadores relacionados se presentan a continuación según la relevancia que la isapre tiene en el total de las ventas de cada uno.

Valor facturado anual al total de las isapres por los prestadores relacionados a diciembre de 2012

Prestadores	Clínica Central	Clínica Plusmédica
Facturado Anual (MM\$)	582	1.416
Participación Ferrosalud	28%	17%

En ambos prestadores relacionados, la isapre Ferrosalud mantiene un control medio.

En Clínica Central, si bien la isapre concentra el mayor porcentaje de ventas, las isapres Cruz Blanca (21%), Banmédica (19%) y Colmena (17%) también tienen concentraciones importantes.

En Clínica Plusmédica, la isapre que concentra la mayor parte de las ventas es Consalud (30%) en tanto Colmena concentra el 16%.

f. Masvida

Los prestadores relacionados se presentan a continuación según la relevancia que la isapre tiene en el total de las ventas de cada uno.

Valor facturado anual al total de las isapres por los principales prestadores relacionados a diciembre de 2012

Prestadores	Clínica Universitaria de Concepción	Clínica Integramédica (Las Lilas)	Clínica Isamédica	Clínica Los Andes de Puerto	Clínica El Loa	Clínica Los Andes de Chillán	Clínica Magallanes
Facturado Anual (MM\$)	11.677	13.777	3.046	5.244	2.694	2.062	5.284
Participación de Masvida	67%	62%	50%	42%	40%	38%	24%

La isapre tiene un control fuerte sobre las clínicas: Universitaria de Concepción, Integramédica e Isamédica. En cambio, su control sobre el resto de los prestadores relacionados es medio.

De hecho en la Clínica Los Andes de Puerto Montt, si bien Masvida tiene la mayor parte de las ventas, las isapres Consalud (14%), Colmena (14%), Banmédica (13%) y Cruz Blanca (12%) concentran entre todas otra parte relevante. En las clínicas El Loa y Los Andes de Chillán, Cruz Blanca y Consalud le siguen en importancia a Masvida concentrando poco menos del 20% cada una en cada clínica. Finalmente, en clínica Magallanes, la mayor concentración de las ventas la tiene la isapre Consalud con 28%.

A modo de síntesis el cuadro siguiente resume aquellos prestadores relacionados donde la isapre tiene un control fuerte:

Prestadores Relacionados	Participación de Concentración de Facturación en isapre Relacionada (%)	isapre
Dial Médica	97%	Colmena
Vida Integra	88%	Banmédica/ Vida Tres
Megasalud	86%	Consalud
Radioterapia Clínica Santa María	80%	Banmédica/ Vida Tres
Clínica Dávila	74%	Banmédica/ Vida Tres
Clínica Vespucio	72%	Banmédica/ Vida Tres
Bicentenario	69%	Consalud
Clínica Universitaria de Concepción	67%	Masvida
Servicios Médicos Santa María	62%	Banmédica/ Vida Tres

Prestadores relacionados donde la isapre tiene un control fuerte (Continuación)

Prestadores Relacionados	Participación de Concentración de Facturación en isapre Relacionada (%)	isapre
Clínica Integramédica	62%	Masvida
Clínica UC San Carlos	56%	Colmena
Clínica Santa María	55%	Banmédica/ Vida Tres
Clínica Antofagasta	53%	Cruz Blanca
Avansalud	50%	Consalud
Clínica Isamédica	50%	Masvida
Promedio	65,5%	

Para este conjunto de prestadores relacionados, las isapres del grupo representan en promedio el 65,5% de sus ingresos.

3.4 Análisis de las prestaciones bonificadas por el sistema isapres

En este apartado, el análisis se centrará en la influencia o el dominio que los prestadores relacionados a isapres abiertas ejercen sobre el mercado en general.

El análisis de la facturación del sistema isapres en su conjunto, permitió dimensionar la relevancia que los 40 prestadores institucionales relacionados a los propietarios de las isapres tienen en el mercado prestador. Cabe señalar, que dos o tres holdings de isapres comparten la propiedad de 6 de estos prestadores, estos son: Clínica Integramédica (donde participan Cruz Blanca y Masvida), Clínica Iquique (Banmédica y Consalud), y en las clínicas Puerto Montt, Regional de Elqui y Hospital Clínico del Sur, donde la propiedad es compartida por Colmena y Consalud. Sólo en Clínica Magallanes participan tres isapres Colmena, Consalud y Masvida.

Cuando se analiza, en el Archivo de Prestaciones Bonificadas, el detalle de los valores facturados por los prestadores institucionales, se observa que su facturación corresponde al 70,8% del total, el resto corresponde a prestadores individuales. En este sentido se podría hablar de dos mercados distintos: los prestadores institucionales, por una parte, y los individuales, por otra.

Si consideramos sólo la facturación de las prestaciones realizadas por los prestadores institucionales a beneficiarios del sistema privado en 2012, podemos decir que las clínicas relacionadas a isapres representan una participación de 42,0% de este mercado. Si bien, no toda su facturación es a beneficiarios de la isapre del grupo, a partir de esta cifra uno puede estimar que su influencia en los precios del mercado no es menor.

Con respecto a los prestadores individuales, existiría un porcentaje importante de ellos que atienden consultas en las clínicas relacionadas⁵ y que para, poder ser parte de estas instituciones, habrán establecido algún tipo de acuerdo o convenio con el prestador relacionado, por lo que se podría esperar que la influencia de los grupos propietarios de las isapres en cuanto a influir en los precios del mercado de las consultas fuera aún mayor, a través de la acción de estos “acuerdos”.

En el cuadro siguiente se detallan la facturación del año 2012 para los prestadores relacionados y sus participaciones, ya sea en el mercado de los prestadores institucionales o en el sistema en general, donde Clínica Santa María y Clínica Dávila son líderes indiscutidos.

Prestadores Relacionados	Valor Facturado (en pesos)	Participación en el total facturado por prestadores institucionales en 2012	Participación en el total facturado del sistema en 2012
Clínica Santa María	114.275.183.925	9,0%	6,3%
Clínica Davila	73.553.026.716	5,8%	4,1%
Integramedica Centros	45.282.855.498	3,6%	2,5%
Megasalud S.A.	41.320.239.428	3,2%	2,3%
Servicios Medicos Santa María	32.399.426.775	2,5%	1,8%
Clínica Tabancura	24.341.212.908	1,9%	1,4%
Clínica Avansalud	20.278.469.037	1,6%	1,1%
Clínica Universidad Católica San	18.172.719.691	1,4%	1,0%
Clínica Reñaca	17.774.710.142	1,4%	1,0%
Vida Integra (todas las	16.386.279.069	1,3%	0,9%
Clínica Antofagasta	14.209.129.630	1,1%	0,8%
Clínica Integramedica	13.777.363.942	1,1%	0,8%
Clínica Universitaria de	11.676.875.883	0,9%	0,6%
Clínica Bicentenario	11.382.355.045	0,9%	0,6%
Clínica Vespuccio	9.894.563.665	0,8%	0,5%
Clínica Ciudad del Mar	9.382.697.295	0,7%	0,5%
Clínica Bio Bio	6.407.416.828	0,5%	0,4%
Clínica Iquique	5.465.848.994	0,4%	0,3%
Clínica Magallanes	5.283.803.989	0,4%	0,3%

⁵ No es posible estimarlo pues no se cuenta con la información para distinguir cuando determinado profesional está facturando una consulta en su oficina privada y cuando está atendiendo en su consulta en la clínica.

La facturación del año 2012 para los prestadores relacionados y sus participaciones, ya sea en el mercado de los prestadores institucionales o en el sistema en general (Continuación)

Prestadores Relacionados	Valor Facturado (en pesos)	Participación en el total facturado por prestadores institucionales en 2012	Participación en el total facturado del sistema en 2012
Clínica Los Andes de Puerto	5.244.281.513	0,4%	0,3%
Hospital Clínico del Sur	4.630.140.183	0,4%	0,3%
Clínica Regional Elqui	3.860.001.522	0,3%	0,2%
Clínica Portada S.A.	3.601.113.073	0,3%	0,2%
Clínica Isamedica	3.046.299.533	0,2%	0,2%
Clínica Atacama S.A.	2.809.896.448	0,2%	0,2%
Clínica Puerto Montt	2.749.227.058	0,2%	0,2%
Clínica El Loa	2.693.672.514	0,2%	0,1%
Dial Medica	2.518.908.221	0,2%	0,1%
Radioterapia - Clínica Santa	2.068.394.146	0,2%	0,1%
Clínica Los Andes de Chillan S.A	2.062.079.562	0,2%	0,1%
Servicios Medicos Ciudad del Mar	1.798.112.759	0,1%	0,1%
Clínica San Jose	1.772.727.314	0,1%	0,1%
Clínica Plusmedica	1.415.728.459	0,1%	0,1%
Centromed S.A.	1.092.442.512	0,1%	0,1%
Clínica Lircay S.A	1.081.854.315	0,1%	0,1%
Clínica Curico	780.121.608	0,1%	0,0%
Clínica Central	582.117.099	0,0%	0,0%
Clínica Valparaiso	367.122.861	0,0%	0,0%
Clínica Providencia	94.560	0,0%	0,0%
Total Clínicas Relacionadas con	535.438.513.720	42,0%	29,7%
Total Prestadores Institucionales	1.275.347.724.731	100,0%	70,8%
Total del Sistema en 2012	1.801.242.258.541	--	100,0%

4. Conclusiones

- La isapre que tiene mayor proporción de sus costos asociados a prestadores relacionados es Banmédica (41,9%), luego le siguen Consalud (24,3%) y Vida Tres (20,8%). El grado de concentración de los costos en prestadores relacionados en estas isapres es de 32%.
- Las dos isapres con menor concentración de costos en prestadores relacionados son Cruz Blanca (8,8%) y Colmena (4,3%).
- Desde el punto de vista de cuan concentradas están las ventas de cada prestador en la isapre relacionada, se puede decir que:
 - Banmédica/Vida Tres ejerce un control fuerte sobre Vida Integra, Radioterapia Clínica Santa María, Clínica Dávila, Clínica Vespuccio, Servicios Médicos Santa María y Clínica Santa María.
 - Colmena ejerce un fuerte control sobre Dial Médica y Clínica UC San Carlos de Apoquindo.
 - Consalud tiene un control fuerte sobre Megasalud, Clínica Bicentenario y Avansalud.
 - Cruz Blanca posee un fuerte control sobre Clínica Antofagasta y un control medio sobre Integramédica Centros, sin embargo, en este prestador Cruz Blanca más que duplica la participación de la isapre más cercana.
 - Ferrosalud no ejerce un control fuerte en ninguno de sus prestadores relacionados.
 - Masvida posee un control fuerte sobre la Clínica Universitaria de Concepción y las clínicas Integramédica e Isamédica.
- En los prestadores antes señalados, en promedio, la isapre perteneciente al holding controla 65,5% de sus ingresos, esto a través de las compras de beneficiarios de la isapre relacionada.
- Si consideramos sólo la facturación de los prestadores institucionales para el año 2012, podemos aseverar que las clínicas relacionadas a isapres representan una participación de 42,0% de este mercado, la que serían aún mayor si pudiéramos asociar las consultas que se realizan en ellos.
- Para determinar el efecto de esta integración en el mercado de las prestaciones, el paso siguiente sería analizar algunas prestaciones trazadoras, que permitan ver si existen diferencias significativas entre los precios que cobran los prestadores a las isapres relacionadas de aquellos que cobran al resto de las aseguradoras, verificando si existen menores precios resultado de esta relación.

Documento de Trabajo

Implicancias de la Integración Vertical en el Sector Privado de Salud en Chile: Análisis de Casos

*Gonzalo Leyton Galleguillos
Pedro Olivares Tirado
Eduardo Salazar Burrows*

Abril, 2014

Resumen

Este estudio indaga la implicancia para el beneficiario del sistema privado de salud de la relación entre su Institución de Salud Previsional (isapre) y los prestadores vinculados a ella a través de la relación de pertenencia al mismo holding.

El análisis diferencia el efecto intraisapre del interisapre donde se examinan algunas variables de interés para el usuario del sistema, para lo cual, se centra en el estudio de los casos de tres isapres abiertas y sus prestadores asociados para el año 2012.

Los resultados se estratifican según tipo de atención -ambulatoria y hospitalaria-, modalidad de atención -prestador preferente o libre elección, y un conjunto de prestaciones vinculadas con el tipo de atención respectivo.

Los resultados para el efecto intraisapre sugieren que independiente del holding analizado, en la atención ambulatoria la cobertura financiera efectiva es mayor y el copago menor cuando los beneficiarios se atienden en el prestador vinculado al holding en la modalidad de prestador preferente.

En la atención hospitalaria, en el Holding Consalud también se observa una mayor cobertura efectiva y un menor copago, mientras en el Holding Banmédica se aprecia el mismo efecto, pero no en la totalidad de las prestaciones.

Respecto al efecto interisapre, no resulta evidente que los beneficiarios de las isapres vinculadas al holding enfrenten mayores coberturas o menores precios que aquellos beneficiarios de otras isapres, que se atienden en los prestadores del holding.

Los resultados de las otras variables analizadas (tanto para efecto intraisapre e interisapre) no muestran tendencias claras y van a depender del holding, el tipo de atención, la modalidad de atención, el prestador y la prestación específica.

Key Words: Integración vertical, salud, prestadores, sistema privado.

JEL classification: I10, I11.

1. Introducción

En general el tema de las organizaciones de tipo vertical es de suma importancia en todas las sociedades, principalmente estudiado en industrias que poseen características de monopolio natural tales como el gas, agua, electricidad, entre otros.

Ronald Coase es un referente al tratar el tema de la integración vertical, donde en su documento de 1937 plantea una teoría sobre el origen y la naturaleza de la firma, en la que señala (a modo muy general) que la integración de determinados procesos (que pueden ser externalizados) en una empresa (concepto de integración vertical), que evitan los costos del mercado, son la esencia de la firma.

En general existe escasa evidencia empírica en la literatura sobre el efecto de la integración vertical, donde hay casos analizados para el mercado de la gasolina en Estados Unidos, de la venta de cerveza en Reino Unido, de televisión por cable, de comida rápida y de cemento, donde la mayor parte de los estudios encuentran que la integración vertical implica menores precios¹. En el mercado de la salud, en general el tema ha sido abordado a través del estudio de la integración entre hospitales (integración horizontal), entre hospitales y médicos, así como también entre asegurador y proveedor².

En Chile, el D.F.L N°1/2005, establece que las isapres están impedidas de otorgar, en cualquier forma, prestaciones y beneficios de salud, y sólo podrán dedicarse al financiamiento de dichas prestaciones y demás beneficios de salud, donde tal objetivo se cumpliría a través de prohibir que las isapres tuvieran el rol de asegurador y prestador simultáneamente, así como impedir que las isapres tuvieran injerencia o participación en la administración de las entidades prestadoras³.

No obstante lo anterior, la prohibición impuesta a las isapres de desarrollar simultáneamente las funciones de asegurador y prestador no les impide ser propietarias de algún prestador de salud, en la medida que se trate de organizaciones diversas, que operen con independencia y que mantengan sus gerencias y contabilidades separadas⁴.

En este contexto, en Chile la relación que se observa entre algunas isapres y algunos prestadores de salud es una en que ambas entidades forman parte del mismo grupo empresarial o holding, quienes deben mantener cada uno independencia en su administración y contabilidad.

En general, la integración vertical en el sector salud para Chile ha sido abordado desde la perspectiva de la organización de los seguros⁵, donde si bien se abordan perspectivas vinculadas con los beneficiarios, no se centra el foco de atención en ellos. En efecto, Copetta (2013) analizó, por una parte, cuál es el control que los prestadores relacionados ejercen sobre los costos de la isapre y de este modo en los resultados de las mismas, así como también indagó si la isapre tiene mayor o menor grado de control sobre las políticas comerciales del prestador (vía poder de compra de sus servicios). Los resultados muestran que en su conjunto las isapres abiertas compraron sólo 19,2% de las prestaciones a empresas relacionadas conocidas durante 2012, así como cabe señalar que, de las isapres

¹ Gaynor (2006).

² Miranda, E., Paredes, R. (1997), Paredes, R. (1997), Gaynor, M., Haas-Wilson, D. (1999), Burns, L., Pauly, M. (2002), Castaño (2004), Gaynor (2006), Restrepo et al. (2007).

³ Memorandum N° 23 (2006), Fiscalía, Superintendencia de Salud.

⁴ Memorandum N° 23 (2006), Fiscalía, Superintendencia de Salud.

⁵ Miranda, E., Paredes, R. (1997), PUCV (2012).

que tienen mayor relación con los prestadores ligados, esto es, Banmédica, Consalud y Vida Tres, el grado de concentración promedio de las ventas en los prestadores relacionados, para 2012, fue de 32,0%, aunque señala que existe la posibilidad que este porcentaje esté subvaluado.

Asimismo, Copetta (2013) señala que en los 15 prestadores relacionados, donde la isapre del grupo tienen un control fuerte sobre las ventas, en promedio, las prestaciones consumidas por los beneficiarios de dicha isapre representan 65,5% de sus ingresos. Asimismo, si se considera sólo la facturación de los prestadores institucionales, las clínicas relacionadas a isapres, conocidas, representan una participación de 42,0% del total del mercado.

Por su parte, el estudio de la PUCV (2012) realiza un análisis del mercado privado de salud en Chile, donde como parte del mercado de provisión de servicios de salud se analiza la integración vertical, en el cual se señala, entre otros temas, que la propiedad de aseguradoras y prestadoras genera una alineación de incentivos entre ambas que distorsiona la función de agencia que el seguro está llamado a cumplir, así como también se señala que la existencia de propiedad común puede generar tendencias a la sobrehospitalización y que 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.

Dado que la integración vertical entre aseguradores y prestadores privados se encuentra prohibida por ley en Chile, es plausible asumir que en cuanto las entidades aseguradoras como las prestadoras pertenecen al mismo holding, desarrollarán estrategias comerciales y los mecanismos operacionales que permitan optimizar sus resultados individuales y maximicen las utilidades del holding. En este contexto, el uso del prestador del holding como prestador preferente por parte de la aseguradora del mismo holding tiende, por una parte, a garantizar una oferta con precio y calidad conocidas al asegurador, y por otra parte, asegurar un flujo de demanda al prestador del mismo holding. Por lo anterior, en este estudio la condición de prestador preferente será considerado como el mecanismo de expresión de la integración vertical en el sector privado de salud.

El objetivo del presente estudio es indagar la implicancia que tiene para el beneficiario del sistema privado de salud la relación entre su isapre y los prestadores vinculados a ella a través de la relación de pertenencia al mismo Holding, para lo cual se realiza un estudio de casos de tres isapres y nueve prestadores. Las implicancias de la integración vertical sobre los beneficiarios del sistema se medirán por el potencial efecto de la integración vertical sobre las siguientes variables; la cobertura financiera efectiva, el copago, el valor unitario (precio) y frecuencia o tasa de uso de algunas prestaciones trazadoras.

Los objetivos específicos del estudio son: 1) indagar la implicancia para los beneficiarios, de la relación de pertenencia de la isapre y el prestador al mismo Holding, identificando diferencias entre las modalidades de atención de prestador preferente y libre elección (efecto intraisapre), y 2) analizar la implicancia de la mencionada relación, identificándose esta vez las diferencias entre aquellos beneficiarios que pertenecen a la isapre vinculada al holding, de aquellos que perteneciendo a otras isapres, se atienden en el prestador del holding, sea que este actúe como prestador preferente o en la modalidad de libre elección (efecto interisapre).

El presente estudio se organiza del siguiente modo. En la segunda sección se examinan consideraciones teóricas relativas a la integración vertical. La tercera sección reporta algunos antecedentes de la relación entre isapre y prestadores en el sistema de salud

privado en Chile. La cuarta sección detalla los datos y la metodología utilizada. La quinta sección describe los resultados. Al final del documento, se detalla la discusión y conclusiones de este estudio.

2. Consideraciones teóricas

En general, desde el punto de vista económico, se dice que una organización está integrada verticalmente cuando una firma en la etapa A decide producir internamente el insumo B en vez de comprarlo a un proveedor independiente⁶, es decir, cuando dos eslabones que corresponden a procesos distintos, están integrados dentro de una misma empresa, es decir, los insumos A y B son coordinados de manera centralizada en vez de su asignación a través del mercado⁷.

La decisión de qué procesos productivos serán integrados en la empresa y cuáles coordinados a través del mercado dio origen a la teoría de Coase⁸ respecto al origen y naturaleza de la firma, el cual valora positivamente los procesos de integración vertical⁹. En efecto, Coase se planteó la pregunta de por qué existen las firmas, donde principalmente señala que la firma es una institución que en ciertas circunstancias evita los costos de usar el mercado (costos de transacción), es decir, la organización de una determinada actividad económica se realizará dentro de una firma si los costos de coordinar la producción dentro de ella son menores que los costos en que se tendría que incurrir si se compra el insumo a través del mercado¹⁰.

Tarziján (2003) realiza una revisión bibliográfica acerca de los determinantes de la existencia y límites de la firma, donde concluye que las diferentes teorías que intentan explicar tales determinantes se pueden agrupar siguiendo los lineamientos básicos del trabajo de Coase (1937), el cual justifica la existencia de la firma y su grado de integración en función de los costos de transacción y de los costos de coordinación. Este autor además agrega que los trabajos surgidos con posterioridad al de Coase¹¹ deben ser vistos, mayoritariamente, como complementarios más que como enfoques excluyentes o sustitutos. Del mismo modo se señala que la mayor parte de los enfoques coinciden en que conviene relativamente más extender los límites de la firma en la medida que las actividades o activos hacia los que se integraría sean complementarios con las actividades actuales de la empresa¹².

Restrepo et al. (2007) plantean que en la literatura sobre organización industrial la integración vertical es motivada fundamentalmente por costos de transacción, por consideraciones estratégicas, por ventajas en el precio del producto y de los insumos y finalmente por la incertidumbre de precios o costos¹³. Por otra parte, cabe mencionar que no siempre las firmas se integrarán de manera vertical, ya que depende de un análisis de eficiencia donde, por ejemplo, los contratos completos son un sustituto de la integración y se escribirán cuando haya factibilidad de hacerlo¹⁴.

⁶ Church, J., Ware, R. (2000).

⁷ En la cadena integrada, la producción se puede enlazar hacia atrás, lo que se conoce como "upstream" y la firma ofrece los insumos requeridos o hacia adelante, donde la firma realiza actividades que la aproximan a los consumidores (lo que se conoce como downstream). Restrepo et al. (2007).

⁸ Coase, R. (1937).

⁹ Miranda, E., Paredes, R. (1997), Paredes, R. (1997).

¹⁰ Tarziján, J. (2003).

¹¹ Para detalles, ver Anexo 1.

¹² Tarziján, J. (2003).

¹³ Para detalles, ver Anexo 2.

¹⁴ Miranda, E., Paredes, R. (1997).

En el ámbito de la salud, cabe mencionar que se trata de un bien distinto de los tradicionales, donde si su distribución se deja al mercado (obviando la equidad por un momento), incluso a nivel de eficiencia habría problemas importantes. En efecto, es posible identificar cuatro factores que diferencian la salud de otros bienes; los cuidados de salud son una demanda derivada (rol de agencia), existencia de asimetrías de información, la incertidumbre respecto de necesidad y tratamiento y la presencia de externalidades, cuya combinación provoca problemas de eficiencia en la asignación de recursos por el mercado.

Respecto a las asimetrías de información en el sector salud, la principal acontece en la relación médico-paciente, que es donde precisamente ocurren las decisiones de asignación de recursos de mayor relevancia. En efecto, los pacientes carecen de conocimientos específicos, no tienen capacidad ni tiempo para poder comparar y no existe acumulación de experiencia -a menos que se trate de una enfermedad crónica-, por lo que buscan información en los médicos quienes, a través de la emisión de un diagnóstico y la indicación de un tratamiento, son los que finalmente ejercerán una influencia muy fuerte respecto a lo que el paciente termina consumiendo (Arrow (1963)).

En relación a cómo se enfrenta la asimetría médico-paciente, en primer lugar se encuentran las políticas de demanda, las que buscan proveer información a los consumidores respecto de planes y grupos de proveedores. Asimismo existen temas de agencia donde el médico actúa en el interés de los pacientes (es su agente) en desmedro del interés propio, donde la cultura y ética profesional es un tema de suma relevancia, así como la reducción de competencia en la provisión de servicios médicos (Arrow (1963)).

Respecto a la incertidumbre, cabe destacar que es un tema central en la salud. En efecto, es posible señalar la incertidumbre respecto de la demanda por salud así como respecto de la efectividad y costo de los tratamientos. En este escenario, los seguros constituyen un mecanismo eficiente para distribuir el riesgo, donde los individuos adversos al riesgo y a un costo razonable, estarán mejor con seguros que no asegurados. Sin embargo, existen problemas en el mercado de seguros de salud asociados a la existencia de asimetrías de información, donde destacan la selección adversa, el descreme y el riesgo moral.

En relación a los problemas denominados de riesgo moral, donde los individuos asegurados, dado que no pagan directamente todo el precio por el servicio, registran un consumo mayor al óptimo, ya sea porque al estar asegurados registran menores acciones preventivas y/o porque siguen tratamientos de mayor valor. A su vez, la naturaleza anual de los contratos reduce los incentivos de las aseguradoras a llevar a cabo medidas de prevención.

Por su parte, la información asimétrica también provoca que las aseguradoras discriminen los intereses de los beneficiarios vía el uso de la llamada "letra chica" de los contratos la cual genera, por un parte, coberturas imperfectas y por otra, incentivos que atentan contra la posibilidad de ejercer la libre elección del seguro por parte de los beneficiarios y, por consiguiente, afectan la competencia a partir de la propia conducta del consumidor.

El mercado de seguros de salud posee ciertas características particulares, tanto en lo relativo a la demanda como a la oferta. Más allá de la génesis de la demanda individual por el bien "salud", el sistema de la seguridad social, impone la obligatoriedad de estar cubierto por algún seguro (público o privado). Por su parte, la oferta, a modo de dar solución a los problemas de riesgo moral, combina el uso de deducibles, copagos, topes y planes cerrados.

Miranda y Paredes (1997) señalan que los principales problemas específicos del sector podrían ser resueltos por la integración vertical de algún tipo. En efecto, respecto a la asimetría de información entre cotizante e isapre, en particular respecto a la selección

adversa y a la selección de riesgos que puede provocar incentivos por parte de la isapre a la desafiliación del beneficiario señalan que, por la vía de regulaciones que restrinjan la desafiliación, se podrían contrarrestar estos efectos. Sin embargo, medidas regulatorias en este sentido se han evitado ya que genera costos al reducir la competencia y la movilidad de los asegurados entre los oferentes de los seguros. Las soluciones han estado orientadas más bien a permitir la diversificación de riesgos entre los usuarios, a través por ejemplo de la venta de planes cerrados a grupos específicos de personas.

En la misma línea, los autores señalan que otro problema que podría ser resuelto por la integración vertical entre el seguro y el prestador dice relación con el sobreconsumo producido por la demanda inducida, es decir, es el médico quien determina la demanda de servicios de salud del paciente. Cuando a este fenómeno, se le agrega un mecanismo de pago por prestaciones (fee-for-service), determinan que el prestador no enfrenta riesgo financiero alguno, el cual es asumido completamente por el seguro. En este contexto, la integración vertical entre el seguro y el prestador, atenuará el problema mencionado, puesto que al alinear incentivos, debiera reducir el costo de los servicios médicos incurridos en el sistema de salud.

3.Relación entre isapre y prestadores en el sistema de salud privado chileno

En Chile la ley¹⁵ 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 fin, las que en ningún caso podrán implicar la ejecución de dichas prestaciones y beneficios ni participar en la administración de prestadores”. En efecto, a través del Memorandum N° 23 (07 de marzo de 2006), la Fiscalía de la Superintendencia de Salud estableció el criterio sobre el tema, cuyas principales materias se detallan a continuación.

Se comienza señalando que las isapres, a contar del 01 de julio del 2005, están legalmente impedidas de otorgar, en cualquier forma, prestaciones y beneficios de salud, y sólo podrán dedicarse al financiamiento -total o parcial- de dichas prestaciones y demás beneficios de salud. Dicho objetivo se cumpliría a través de dos mecanismos legales como son prohibir que las isapres tuvieran el rol de asegurador y prestador, simultáneamente, como lo había sido hasta antes de la Ley N° 20.015¹⁶, así como impedir que las isapres tuvieran injerencia o participación en la administración de las entidades prestadoras.

Respecto al primer mecanismo señala que no les impide a las isapres ser propietarias de algún prestador de salud, en la medida que se trate de organizaciones diversas, que operen con independencia y que mantengan sus gerencias y contabilidades separadas.

Por su parte, respecto al segundo mecanismo señala que se trata de una medida complementaria para mantener la independencia entre aseguradores y prestadores, en cuya virtud las isapres no están facultadas para designar y remover administradores de entidades prestadoras de salud, sea en razón de su porcentaje de participación, o por así estar establecido en los estatutos del prestador, como tampoco se permite que algún socio, accionista, controlador, administrador, director o gerente de la institución de salud previsional, simultáneamente sea administrador o gerente de una entidad prestadora de salud. Esta prohibición rige cualquiera sea el tipo de administración que corresponda, atendida la naturaleza jurídica de la entidad prestadora, por lo que se aplica tanto a órganos

¹⁵ D.F.L N°1 (2005), artículo 173.

¹⁶ Que modifica la Ley N° 18.933, sobre Instituciones de Salud Previsional.

colegiados (directorios), como a administradores o gerentes. Esta medida ha sido recientemente ratificada por la Circular IF/Nº211 del 07 de Febrero de 2014, de la Superintendencia de Salud.

En este contexto, desde el punto de vista económico y basándose en la literatura existente¹⁷, cabe señalar que en cuanto a la forma¹⁸ de integración vertical que predomina para el caso del sector salud en Chile, es una integración virtual en que la coordinación no requiere la propiedad¹⁹, donde la figura de Holding que es propietario de ambos negocios prevalece²⁰, manteniendo la isapre y el prestador la independencia en su administración (gerencia) y contabilidad. En general, las isapres se relacionan con el resto de las empresas que son filiales del Holding mediante cuentas corrientes mercantiles, emisiones de órdenes de atención, pagos y prepagos de prestaciones médicas, teniendo como elemento vinculante el accionista controlador²¹.

Para identificar si un prestador pertenece a algún Holding, el que a su vez también es dueño de una determinada isapre, vínculo que para fines del estudio representa una relación bajo integración vertical desde el punto de vista económico (Restrepo et al. (2007)), se utilizó la información contenida en el Informe de Fiscalización Nº20 de mayo de 2013, elaborado por la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud de la Superintendencia de Salud, que da cuenta, entre otros temas, tanto de la distribución de propiedad y grupos controladores como de los prestadores de salud que componen cada Holding. En la siguiente sección se presenta dicha información en detalle para las isapres y prestadores que forman parte del estudio.

Cabe señalar que en el Informe de Fiscalización antes mencionado se detectaron algunos hechos que vale la pena señalar. En efecto, las isapres Banmédica, Vida Tres, Consalud, Masvida, Cruz Blanca, Fusat, Río Blanco y Chuquicamata presentaron directores y/o administradores que se desempeñaban también en los directorios de los prestadores. Asimismo también se constató que en las isapres Banmédica y Vida Tres existen asesores del directorio y directores que se desempeñan indistintamente en las mismas funciones, dependiendo si participan en la isapre o el prestador. Del mismo modo, también se detectaron funcionarios que se desempeñan tanto en la isapre como en el Holding (casa matriz), realizando funciones estratégicas que pueden influir en las políticas comerciales de todas la filiales, incluyendo los prestadores de salud.

Por otra parte, el vínculo existente entre la isapre y el/los prestador(es) pertenecientes al mismo Holding no implica necesariamente que dicho(s) prestador(es) tenga(n) una relación de exclusividad con la isapre. Los prestadores del Holding también pueden celebrar convenios de atención (hospitalaria y/o ambulatoria) con otra(s) isapre(s), lo que en la práctica implica que dicho(s) prestador(es) pueden actuar como prestador preferente no sólo para los beneficiarios de la isapre del mismo Holding, sino también con todas aquellas isapres con la cual celebre convenios de atención (ver Figura 1, isapre_j). También existe la posibilidad que el beneficiario de una determinada isapre, ejerciendo su derecho de "libre elección" se atienda en un prestador distinto no vinculado con ningún Holding (ver Figura 1, Prestador_i). Para una mejor comprensión de las relaciones del modelo, se presenta a continuación la Figura 1.

¹⁷ Restrepo et al. (2007), Castaño (2004).

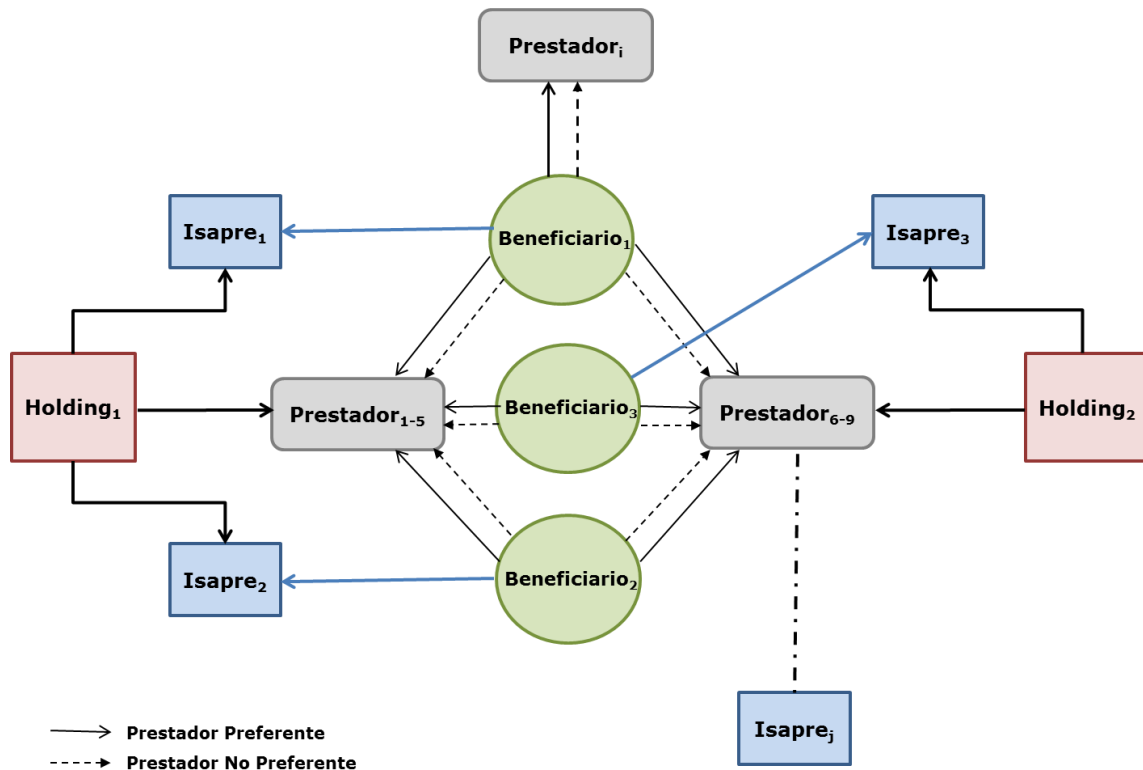
¹⁸ Se refiere a la estructura que gobierna la relación de intercambio (Restrepo et al. (2007)).

¹⁹ Restrepo et al. (2007).

²⁰ Situación similar a la que ocurre en Colombia con la relación entre las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) (Castaño, (2004)). Para Colombia, cuando una IPS es parte del mismo grupo empresarial de la EPS se habla que el grado de integración es total (Restrepo et al., 2007).

²¹ Informe de Fiscalización Nº20, Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, Superintendencia de Salud.

Figura 1
Esquema de relaciones seguro-Prestador-Beneficiario



Fuente: Elaboración propia.

4. Datos y metodología

Para estudiar la implicancia que tiene para el beneficiario del sistema privado de salud la relación que existe entre su Institución de Salud Previsional y los prestadores vinculados a ella a través de la relación de pertenencia al mismo Holding se realizó un estudio de casos de tipo descriptivo. En efecto, para llevar a cabo el análisis se seleccionaron dos Holding (Holding Banmédica S.A. y Holding Sociedad de Inversiones y Servicios La Construcción S.A.) que incluyen tres isapres abiertas (isapre Banmédica, isapre Vida Tres e isapre Consalud)²² y un conjunto de nueve prestadores asociados a cada una de ellas, donde el principal criterio de selección fue referido al porcentaje de participación del Holding al cual pertenece la isapre en el prestador, lo cual redundó en que los prestadores escogidos fueron aquellos con un porcentaje de participación superior al 99% (ver Tabla 1 y 2)²³. En adelante, nos referiremos al Holding Banmédica S.A. como Holding Banmédica y cuando se trate del Holding Sociedad de Inversiones y Servicios La Construcción S.A. lo llamaremos Holding Consalud.

²² Las isapres Banmédica y Vida Tres pertenecen al mismo Holding Banmédica S.A.

²³ Sea de propiedad directa o indirecta. En el caso de la isapre Consalud, el vínculo de los prestadores seleccionados es a través de Empresas Redsalud, donde el Holding al que pertenece esta última tiene un 80,82% de propiedad directa.

Tabla 1
Distribución de propiedad y grupos controladores

Empresa	Tipo Relación con ISAPRE	ISAPRE	% Participación
Banmédica S.A.	Controladora	Isapre Banmédica S.A.	99,99
		Isapre Vida Tres S.A.	99,99
Sociedad de Inversiones y Servicios La Construcción S.A.	Controladora	Isapre Consalud S.A.	99,99

Fuente: Informe de Fiscalización N°20, Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, Superintendencia de Salud.

Tabla 2
Prestadores de salud seleccionados por cada holding

Empresa	Propiedad Directa		Propiedad Indirecta	
	% Participación	Sociedades	% Participación	Sociedades
Banmédica S.A.	99,43	Clínica Santa María		
	99,99	Clínica Dávila		
	99,99	Vida Integra	99,84	Clínica Alameda
	99,99	Inversiones Clínicas Santa María	99,99	OMESA (*)
Sociedad de Inversiones y Servicios La Construcción S.A.			99,99	Clínica Vespuccio
			99,99	Megasalud
	80,82	Empresas Redsalud	99,99	Clínica Bicentenario
			99,99	Clínica Tabancura
			99,99	Clínica Avansalud

(*) Red de Centros Médicos

Fuente: Informe de Fiscalización N°20, Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, Superintendencia de Salud.

Adicionalmente, se consideraron como criterios de selección complementarios el que se tratase de prestadores de la Región Metropolitana y que en el listado de prestadores se vieran representados ambos tipos de atención (ambulatoria y hospitalaria).

La información utilizada en el estudio para las isapres y prestadores seleccionados proviene de las bases de datos que dispone la Superintendencia de Salud a partir de los datos procesados y remitidos por las mismas isapres. Se consideraron para el análisis datos individuales del Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas del año 2012, el cual contiene información tanto de prestadores como de beneficiarios. Adicionalmente, también se recurrió al Archivo Maestro de Beneficiarios para extraer información de la cartera de beneficiarios.

Respecto a los datos de prestaciones, en el análisis se usaron aquellas prestaciones de tipo curativas que fueron codificadas según el arancel FONASA Modalidad Libre Elección (MLE) y que fueron bonificadas según plan complementario, excluyendo aquellas prestaciones bonificadas bajo la modalidad GES o CAEC, ya que dada sus particulares condiciones sanitarias y económicas, podían introducir sesgos no deseados en las variables de interés.

Por otro lado, no se consideran en el análisis aquellas prestaciones que son cubiertas por las isapres y, que no estando incluidas en el arancel FONASA MLE, son registradas con códigos creados por la Superintendencia de Salud (drogas antineoplásicas; drogas inmunosupresoras; insumos, prótesis y órtesis; medicamentos y prestaciones dentales) o por las propias isapres. Además, se excluyeron del análisis las prestaciones otorgadas por concepto del Examen de Medicina Preventiva (EMP).

Respecto a los prestadores seleccionados, cabe mencionar que con el fin de disponer de información unificada de los mismos en las variables de interés, se realizó un trabajo previo a través de los RUT de cada uno de ellos, identificando aquellos RUT que se pudiesen encontrar vinculados (dado que para algunos prestadores su RUT no es único). Para ello, se utilizó información proporcionada por el Servicio de Impuestos Internos a solicitud de la Superintendencia de Salud la que contiene un directorio de prestadores institucionales con RUT y razón social con la cual, y basándose en los prestadores seleccionados, proceder a contactarse telefónicamente con ellos²⁴ para esclarecer relaciones de cada RUT de prestador con otros posibles vinculados a él.

Como resultado del proceso descrito anteriormente, para la Clínica Santa María se consideró tratar en conjunto los RUT relativos a "Clínica Santa María S.A." y "Servicios Médicos Santa María Limitada"; para la Clínica Vespuccio los RUT relativos a "Clínica Vespuccio S.A." y "Servicios Médicos Vespuccio Limitada"; para la Clínica Avansalud los RUT relativos a "Clínica Avansalud S.A." y "Resonancia Magnética Clínica Avansalud S.A."; para la Clínica Bicentenario los RUT relativos a "Clínica Bicentenario S.A." y "Servicios Médicos Bicentenario SPA"; para la Clínica Tabancura los RUT relativos a "Servicios Médicos Tabancura S.A." y "Centro de Diagnóstico Clínica Tabancura S.A.". Para los otros cuatro prestadores seleccionados, se trabajó con un único RUT por cada uno de ellos.

De esta manera, para el año 2012, las isapres seleccionadas reúnen aproximadamente el 49% de la cartera de beneficiarios y el 46% del total del monto facturado de las isapres abiertas. Por su parte, de los nueve prestadores seleccionados en el estudio, ocho de ellos²⁵ se encuentran entre los veinte prestadores de mayor facturación total del sistema de isapres abiertas, grupo que representa aproximadamente un 33% del total facturado para el año 2012 en lo relativo a las isapres abiertas. Por otra parte, en los prestadores del holding Banmédica, los beneficiarios de las isapres vinculadas representaron el 64% (53% de dicho porcentaje como prestador preferente) del total facturado en prestaciones ambulatorias y el 66% (77% de dicho porcentaje como prestador preferente) respecto de las prestaciones hospitalarias. Por su parte, en los prestadores del holding Consalud, los beneficiarios de la isapre Consalud dan cuenta del 76% (57% de dicho porcentaje como prestador preferente) del total facturado en prestaciones ambulatorias y del 53% (63% de dicho porcentaje como prestador preferente) de lo facturado en prestaciones hospitalarias.

Con todo, una vez seleccionadas las isapres y los prestadores, se seleccionó un set de variables que, de manera directa o indirecta, resultan de interés desde una perspectiva del beneficiario. Estas variables fueron: cobertura financiera efectiva, copago, valor unitario (precio) de las prestaciones y frecuencia de uso o consumo de prestaciones. Con el fin de facilitar la presentación y análisis de los resultados se realizan estratificaciones según tipo de atención, condición de prestador preferente y tramo de cotización pactada.

²⁴ Se realizó el contacto, dependiendo del prestador, con el Gerente General, Gerente de Finanzas, Gerente Comercial o Gerente de Administración.

²⁵ Sólo no se encuentra en dicho grupo la Clínica Alameda.

Cabe mencionar que, dado que en las bases de datos disponibles no se cuenta directamente con el dato del precio para cada prestación, este será obtenido de manera indirecta, calculando su valor unitario. En efecto, el valor unitario de cada prestación seleccionado corresponde al valor facturado por el prestador a la isapre, dividido por la frecuencia de uso, incluyendo la parte del valor que es bonificado por la institución y el monto de copago de cargo del usuario, cuando corresponda²⁶. En consecuencia, es un indicador del valor total que cobran los prestadores a los usuarios del sistema.

Por su parte, se debe considerar que las bases de datos utilizadas en el estudio no cuentan con datos vinculados a la calidad técnica (por ejemplo, la tasa de infección intrahospitalaria) ni con variables de satisfacción de usuarios, las que hubieran sido deseables de considerar en el estudio.

La selección de las prestaciones a analizar fue en base el valor facturado total (ambulatorio u hospitalario según sea el caso) para el año 2012 para el grupo de los prestadores analizados en el estudio, eligiendo 10 prestaciones ambulatorias y 10 hospitalarias que representan el 51% y 34% del total facturado respectivamente.

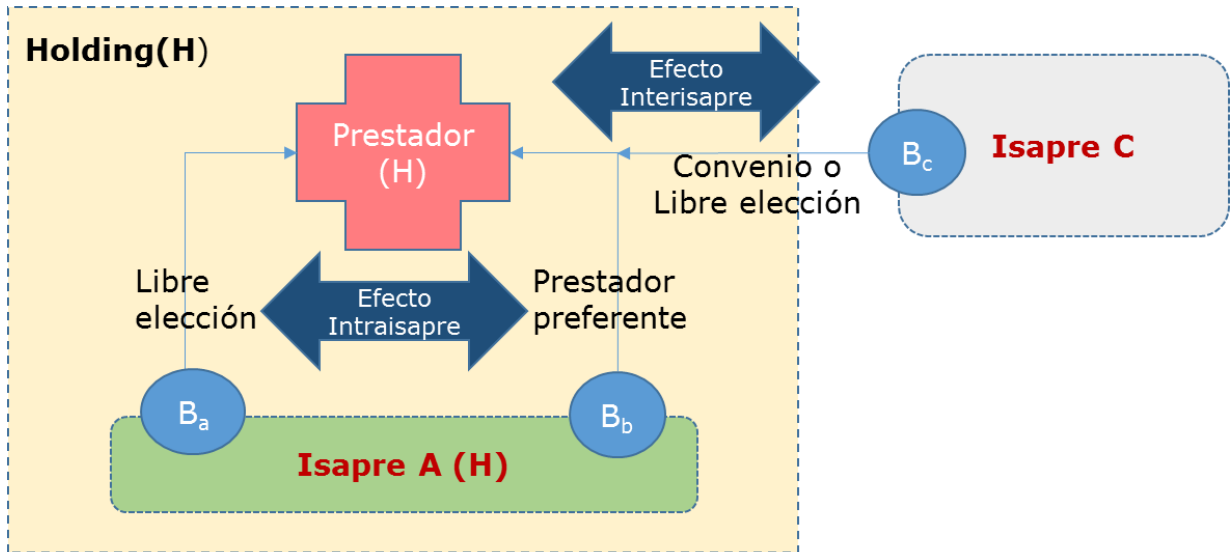
Cabe mencionar que respecto a las prestaciones hospitalarias, la selección no considera los Honorarios Médicos Quirúrgicos (HMQ), pues no resulta del todo claro que los valores unitarios de los HMQ sean establecidos por los prestadores o isapre, sino más bien por los propios profesionales (médicos y anestesistas). Por otra parte, dependiendo del prestador, los HMQ pueden ser cobrados a través de sociedades de profesionales que pertenecen a un prestador o por sociedades de profesionales no vinculados necesariamente a un prestador específico o por el propio profesional directamente.

La idea del estudio es analizar si existen diferencias para los beneficiarios de una determinada isapre de utilizar un prestador vinculado a dicha isapre a través del mismo Holding como prestador preferente respecto a otros beneficiarios que, perteneciendo a la misma isapre, utilizan el mismo prestador en modalidad de libre elección (efecto intraisapre). Asimismo, también se analizan potenciales diferencias para los beneficiarios de una determinada isapre de utilizar un prestador vinculado a dicha isapre como prestador preferente versus un beneficiario que se atiende en el mismo prestador sea como preferente o libre elección, pero que pertenece a una isapre fuera del Holding (efecto interisapre). Para mayor detalle, ver Figura 2. Cabe señalar que por tratarse de datos poblacionales, los parámetros de la población pueden calcularse en forma directa²⁷.

²⁶ Se eliminaron del análisis todos aquellos registros para los cuales el precio no existe.

²⁷ Malhotra, Naresh K (1997).

Figura 2
Esquema de efecto intraisapre e interisapre



B: beneficiarios

Fuente: Elaboración propia.

5. Resultados

5.1 Descripción de los beneficiarios del sistema isapre abiertas.

La Tabla 3 presenta diversas variables que permiten describir de manera general el sistema de isapres abiertas según tipo de beneficiario. Los datos indican que, en promedio, la composición de la cartera gira en torno a un 53% de cotizantes, mientras que Vida Tres es la isapre que presenta una mayor edad promedio para sus cotizantes (45 años), seguida por Banmédica (42 años), mientras que en el otro extremo, la isapre Masvida es la que exhibe la menor edad promedio del sistema (39 años), antecedida por la isapre Consalud (40 años). Respecto al promedio de edad de las cargas, la isapre Consalud presenta la mayor del sistema (21 años), antecedida de las isapres Banmédica y Vida Tres, ambas con un promedio de edad de 20 años.

Tabla 3
Variables descriptivas isapres abiertas (*) 2012, según tipo de beneficiario

Tipo Beneficiario	Variable	Colmena	Cruz Blanca	Vida Tres	Masvida	Banmédica	Consalud
Cotizante	Tipo de Beneficiario (%)	53,5	53,4	52,5	52,3	53,2	52,6
	Edad promedio	41,2	40,3	44,8	39,0	41,5	39,8
	% Mujeres	43,9	37,7	36,5	41,6	29,9	24,5
	Renta imponible promedio mensual Cotizante (\$)	1.033.672	848.016	906.084	912.944	807.694	711.153
	Cotización Legal Promedio Mensual Cotizante (\$)	68.372	59.361	63.304	64.196	56.343	49.778
	Cotización Pactada Promedio Mensual Cotizante (\$)	107.895	91.177	140.024	83.419	87.466	74.616
	Facturado Promedio mensual per cápita (\$)	49.245	40.451	67.294	29.551	38.869	25.282
	Bonificado Promedio mensual per cápita (\$)	30.807	25.102	42.803	20.393	24.367	15.451
	Copago Promedio mensual per cápita (\$)	18.438	15.349	24.491	9.158	14.502	9.831
Nº de Cargas por cotizante	0,87	0,87	0,90	0,91	0,88	0,90	
Carga	Tipo de Beneficiario (%)	46,5	46,6	47,5	47,7	46,8	47,4
	Edad promedio	19,0	19,2	19,9	15,9	19,9	20,9
	% Mujeres	54,0	54,8	54,4	53,5	54,9	55,8

(*) No se considera en el análisis la isapre Ferrosalud.

Nota: Para prestaciones se considera prestaciones curativas y con cobertura de financiamiento Plan Complementario.

Fuente: Archivo Maestro de Beneficiarios, Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas, Superintendencia de Salud.

En relación a la composición según sexo, existe una alta variabilidad entre los cotizantes de las seis isapres abiertas, donde la proporción de mujeres fluctúa entre un 25% de la isapre Consalud y un 44% de la isapre Colmena. Respecto a la composición por sexo de las cargas, esta variabilidad es menor, donde las mujeres representaron entre un 53,5% de la isapre Masvida y un 55,8% de la isapre Consalud.

También se aprecia en la Tabla 3 que el ingreso o renta imponible promedio mensual de los cotizantes presenta una alta variabilidad. En efecto, el mayor ingreso imponible promedio lo presentan los cotizantes de la isapre Colmena (\$1.033.672) y el menor los cotizantes de la isapre Consalud (\$711.153), seguida por los cotizantes de isapre Banmédica (\$807.694). Una distribución similar se puede apreciar respecto a la cotización legal promedio, la cual se encuentra vinculada directamente con la renta imponible.

Por otra parte, en relación a la cotización pactada promedio mensual de los cotizantes, se observa que aquellos de la isapre Vida Tres cuentan con la mayor disposición a pagar del sistema. El menor nivel de la cotización pactada recae en la isapre Consalud. No obstante los datos anteriores, la isapre Masvida (69%) es la que exhibe los mayores niveles promedio de cobertura financiera²⁸ para sus beneficiarios. En sentido contrario, las isapres Consalud (61,1%) y Cruz Blanca (62,1%) son las que presentan los menores niveles de cobertura financiera promedio.

Las Tablas 4.1 y 4.2 presentan información respecto a la renta imponible promedio para los cotizantes²⁹ de las isapres seleccionadas que se atendieron en los prestadores vinculados por el holding a dichas isapres.

²⁸ Representa la parte del valor facturado de una prestación que es financiada por la isapre de acuerdo con lo establecido en el plan.

²⁹ Al analizar los resultados, se hará referencia indistintamente a cotizantes y beneficiarios, ya que a las cargas que se atendieron en los prestadores seleccionados se les asignó la renta imponible de su cotizante.

Tabla 4.1
Renta imponible promedio (\$) cotizantes isapre Banmédica y Vida Tres y prestadores vinculados año 2012, según modalidad de atención

Prestador	Banmédica		VidaTres	
	Libre Elección	Prestador Preferente	Libre Elección	Prestador Preferente
Clínica Alameda	919.906	794.647	999.810	942.410
Clínica Dávila	978.933	875.456	1.013.700	946.112
Clínica Santa María	1.144.030	1.149.166	1.163.964	1.159.866
Clínica Vespucio	930.125	817.013	1.088.909	952.949
OMESA	959.454	852.652	1.076.717	1.002.812

Fuente: Archivo Maestro de Beneficiarios, Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas, Superintendencia de Salud.

La renta imponible promedio mensual de los cotizantes de la isapre Banmédica, atendidos en la Clínica Santa María en la modalidad de prestador preferente, es ligeramente superior a la de aquellos que se atienden en la misma clínica en la modalidad de libre elección. En el mismo prestador, la situación inversa se observa respecto a los cotizantes de las isapre Vida Tres. Sin embargo, en los restantes prestadores vinculados por el holding a estas isapres, la renta imponible promedio de los cotizantes resultó ser mayor en todos los casos atendidos en la modalidad libre elección.

Tabla 4.2
Renta imponible promedio (\$) cotizantes isapre Consalud y prestadores vinculados año 2012, según modalidad de atención

Prestador	Libre Elección	Prestador Preferente
Clínica Avansalud	986.468	839.894
Clínica Bicentenario	813.009	758.927
Clínica Tabancura	1.035.904	969.509
Megasalud	938.196	794.409

Fuente: Archivo Maestro de Beneficiarios, Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas, Superintendencia de Salud.

En el caso de los cotizantes de Consalud, la renta imponible promedio mensual de los cotizantes atendidos en todos los prestadores del mismo holding, fue mayor en la modalidad de libre elección.

Tabla 4.3**Renta imponible promedio (\$) cotizantes isapres distintas a las seleccionadas y prestadores vinculados año 2012, según modalidad de atención**

Prestador	Libre Elección	Prestador Preferente
Clínica Alameda	955.448	870.662
Clínica Dávila	1.007.101	941.607
Clínica Santa María	1.221.304	1.228.422
Clínica Vespucio	1.029.141	953.348
OMESA	1.048.173	1.166.642
Clínica Avansalud	1.100.404	959.082
Clínica Bicentenario	1.035.341	804.408
Clínica Tabancura	1.180.189	1.229.419
Megasalud	1.040.481	1.012.693

Fuente: Archivo Maestro de Beneficiarios, Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas, Superintendencia de Salud.

La Tabla 4.3 muestra la renta imponible promedio de los cotizantes de las isapres abiertas no seleccionadas para el estudio, que se atendieron en los prestadores vinculados al holding Banmédica y/o al holding Consalud. Con excepción de los cotizantes atendidos en las Clínicas Santa María, Tabancura y OMESA cuya renta imponible fue mayor cuando se atendieron en la modalidad de prestador preferente, la renta imponible promedio de los otros cotizantes fue mayor cuando se atendieron en la modalidad libre elección en los restantes prestadores de los mencionados holdings.

Cabe mencionar que la renta imponible promedio de quienes, no siendo beneficiarios de Banmédica ni Consalud, se atendieron en prestadores vinculados a sus holding (sea bajo modalidad de preferente o libre elección) es siempre mayor que la de los beneficiarios de dichas isapres que se atendieron en tales prestadores. Todo lo contrario ocurre respecto a los beneficiarios de Vida Tres bajo la modalidad libre elección, donde aquellos pertenecientes a la isapre que se atendieron en prestadores de su holding exhiben mayores rentas promedio que aquellos de otras isapres que se atendieron en dichos prestadores (no se observa una predominancia marcada respecto a la modalidad prestador preferente).

En relación a la cotización pactada promedio³⁰ de los cotizantes de las isapres seleccionadas que se atendieron en los prestadores vinculados por el holding a dichas isapres (Tablas 5.1 y 5.2), para la isapre Banmédica, todos los cotizantes atendidos en modalidad de libre elección, en cualquiera de los prestadores de este holding, presentaron una cotización pactada mayor que aquellos atendidos en modalidad de prestador preferente. Por otra parte, para la isapre Vida Tres, salvo los casos atendidos en la modalidad de prestador preferente en la Clínica Santa María, todos presentaron una cotización pactada mayor cuando se atendieron en modalidad de libre elección. En el caso de los cotizantes de la isapre Consalud y con excepción de los aquellos atendidos en la Clínica Bicentenario, todos presentaron una cotización pactada mayor cuando se atendieron en los prestadores del holding en modalidad de libre elección. Cabe mencionar los altos niveles de cotización pactada promedio que exhiben quienes se atienden en la Clínica Santa María, sobre todo aquellos que provienen de la isapre Vida Tres.

³⁰ Se refiere a la cotización pactada del contrato de salud, sin ajustar por factores de riesgo de los beneficiarios.

Tabla 5.1
Cotización pactada promedio (\$) cotizantes isapre Banmédica y Vida Tres y prestadores vinculados año 2012, según modalidad de atención

Prestador	Banmédica		VidaTres	
	Libre Elección	Prestador Preferente	Libre Elección	Prestador Preferente
Clínica Alameda	84.302	73.815	101.364	93.982
Clínica Dávila	100.915	89.536	122.885	110.809
Clínica Santa María	130.453	120.458	198.238	235.462
Clínica Vespucio	91.267	79.049	118.844	99.820
OMESA	98.080	83.232	144.834	114.831

Fuente: Archivo Maestro de Beneficiarios, Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas, Superintendencia de Salud.

Tabla 5.2
Cotización pactada promedio (\$) cotizantes isapre Consalud y prestadores vinculados año 2012, según modalidad de atención

Prestador	Libre Elección	Prestador Preferente
Clínica Avansalud	101.651	80.619
Clínica Bicentenario	76.684	79.548
Clínica Tabancura	126.350	122.214
Megasalud	108.998	77.810

Fuente: Archivo Maestro de Beneficiarios, Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas, Superintendencia de Salud.

Por otra parte, la cotización pactada promedio de los cotizantes de las isapres abiertas no seleccionadas para el estudio (Tabla 5.3), que se atendieron en los prestadores vinculados al holding Banmédica y/o al holding Consalud, fue mayor cuando fueron atendidos en la modalidad libre elección, con la excepción de los cotizantes atendidos en la Clínica Santa María, OMESA y Megasalud (diferencia marginal), cuya cotización pactada promedio fue mayor cuando se atendieron en la modalidad de prestador preferente.

Tabla 5.3**Cotización pactada promedio (\$) cotizantes isapres distintas a las seleccionadas y prestadores vinculados año 2012, según modalidad de atención**

Prestador	Libre Elección	Prestador Preferente
Clínica Alameda	84.980	80.575
Clínica Dávila	98.455	93.967
Clínica Santa María	126.927	133.214
Clínica Vespuccio	110.049	90.968
OMESA	113.463	126.622
Clínica Avansalud	111.393	97.246
Clínica Bicentenario	97.689	79.552
Clínica Tabancura	154.330	144.384
Megasalud	98.002	98.496

Fuente: Archivo Maestro de Beneficiarios, Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas, Superintendencia de Salud.

En otro ámbito, si se analiza la isapre de procedencia de los beneficiarios que se atienden en prestadores vinculados al holding, diferenciando además por modalidad de prestador preferente o libre elección (ver Tabla 6) se observa que en todos los casos la mayor parte de la demanda de los prestadores proviene de la isapre de su mismo holding. En el caso de los prestadores del holding Banmédica, la gran mayoría proviene de beneficiarios de la isapre Banmédica y no de Vida Tres. En el caso de los prestadores vinculados al holding Consalud, la mayor demanda de beneficiarios de dicha isapre se observa primordialmente en la Clínica Bicentenario y en Megasalud.

No obstante lo anterior, al analizar la composición de dicha demanda sobre los prestadores según la modalidad de atención como prestador preferente o libre elección, se observan realidades disímiles. En efecto, respecto a los prestadores vinculados al holding Banmédica, sólo en la Clínica Alameda y en OMESA la composición de la demanda que proviene de Banmédica y Vida Tres se atiende en gran parte como prestador preferente, mientras que en una situación intermedia se encuentra la Clínica Dávila, donde los beneficiarios de Banmédica la utilizan en mayor proporción como prestador preferente, pero no así aquellos de Vida Tres, que en mayor parte la utilizan en modalidad libre elección. En el otro extremo se encuentra la situación de la Clínica Santa María y la Clínica Vespuccio, donde más del 50% de la demanda de ambos prestadores proviene de las isapres vinculadas a su mismo holding. Sin embargo, la mayor parte de los beneficiarios de Banmédica utiliza la Clínica Santa María como prestador en modalidad libre elección y la mayoría de los beneficiarios de Vida Tres utiliza la Clínica Vespuccio como prestador en modalidad libre elección, demostrando una vez más, el uso de la segmentación de los beneficiarios por parte de las isapres.

Por su parte, en el holding Consalud, la situación mencionada anteriormente resulta ser aún más manifiesta, ya que en todos los prestadores del holding la demanda proviene en su mayor parte de beneficiarios de la isapre Consalud, quienes utilizan los prestadores de manera muy marcada en modalidad libre elección (con excepción de Megasalud).

Tabla 6

isapre de origen de beneficiarios que se atienden en prestadores vinculados año 2012, según modalidad de atención

Holding	Prestador	Isapre	Clientes según Isapre (%)	Libre Elección	Prestador Preferente
Banmédica	Clínica Alameda	Colmena	2%	100%	0%
		Cruz Blanca	4%	99%	1%
		Vida Tres	5%	44%	56%
		Ferrosalud	0%	100%	0%
		Masvida	2%	100%	0%
		Banmédica	85%	24%	76%
	Consalud	2%	100%	0%	
	Clínica Dávila	Colmena	5%	100%	0%
		Cruz Blanca	19%	69%	31%
		Vida Tres	5%	58%	42%
		Ferrosalud	0%	100%	0%
		Masvida	2%	100%	0%
		Banmédica	57%	47%	53%
	Consalud	11%	83%	17%	
	Clínica Santa María	Colmena	14%	93%	7%
		Cruz Blanca	15%	74%	26%
		Vida Tres	12%	55%	45%
		Ferrosalud	0%	100%	0%
Masvida		6%	100%	0%	
Banmédica		46%	64%	36%	
Consalud	6%	98%	2%		
Clínica Vespucio	Colmena	9%	100%	0%	
	Cruz Blanca	12%	86%	14%	
	Vida Tres	4%	79%	21%	
	Ferrosalud	0%	100%	0%	
	Masvida	5%	100%	0%	
	Banmédica	54%	57%	43%	
Consalud	17%	96%	4%		
OMESA	Colmena	5%	99%	1%	
	Cruz Blanca	7%	96%	4%	
	Vida Tres	8%	49%	51%	
	Ferrosalud	0%	100%	0%	
	Masvida	4%	100%	0%	
	Banmédica	71%	32%	68%	
Consalud	4%	100%	0%		
Consalud	Clínica Avansalud	Colmena	11%	100%	0%
		Cruz Blanca	24%	46%	54%
		Vida Tres	4%	95%	5%
		Ferrosalud	0%	100%	0%
		Masvida	6%	100%	0%
		Banmédica	17%	94%	6%
	Consalud	38%	90%	10%	
	Clínica Bicentenario	Colmena	7%	100%	0%
		Cruz Blanca	17%	47%	53%
		Vida Tres	1%	100%	0%
Ferrosalud		0%	100%	0%	
Clínica Tabancura	Masvida	2%	100%	0%	
	Banmédica	3%	100%	0%	
	Consalud	70%	88%	12%	
	Colmena	22%	85%	15%	
	Cruz Blanca	15%	81%	19%	
	Vida Tres	7%	97%	3%	
Megasalud	Ferrosalud	0%	100%	0%	
	Masvida	4%	100%	0%	
	Banmédica	16%	96%	4%	
	Consalud	36%	90%	10%	
	Colmena	5%	100%	0%	
	Cruz Blanca	11%	67%	33%	
	Vida Tres	0%	95%	5%	
	Ferrosalud	0%	100%	0%	
	Masvida	7%	100%	0%	
	Banmédica	2%	96%	4%	
	Consalud	74%	27%	73%	

Nota: Para prestaciones se considera prestaciones curativas y con cobertura de financiamiento Plan Complementario.

Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas, Superintendencia de Salud.

La Tabla 7.1 muestra la distribución de beneficiarios de la isapre Banmédica atendidos en los prestadores vinculados al holding Banmédica según tramo de cotización pactada. Por una parte, se aprecia que los beneficiarios de los 2 tramos más bajos se atienden mayoritariamente (sobre el 64%) bajo la modalidad de prestador preferente. Por otra parte, los beneficiarios pertenecientes a los 2 tramos más altos se atienden principalmente en la modalidad de libre elección (sobre el 57%). También se observa que a una mayor cotización pactada, mayor es el uso de la Clínica Santa María en la modalidad de libre elección y en menor magnitud como prestador preferente. Al contrario, mientras menor es la cotización pactada, mayor es el uso de OMESA como prestador preferente. La Tabla 7.1 también muestra una segmentación en la atención de la cartera de beneficiarios de Banmédica. Los beneficiarios de los tramos de menor cotización son atendidos en OMESA y en la Clínica Alameda y mayoritariamente en la modalidad de prestador preferente, y a medida que aumenta la cotización pactada, estos tienden a ser atendidos en la Clínica Santa María mayoritariamente en la modalidad libre elección.

Tabla 7.1

Distribución de beneficiarios de isapre Banmédica atendidos en prestadores vinculados según tramo de cotización pactada y modalidad de atención, año 2012

Modalidad de Atención	Prestador	Tramo de Cotización Pactada (M\$)							
		< 50	50 - < 75	75 - < 100	100 - < 125	125 - < 150	150 - < 175	175 - < 200	200 y más
Libre Elección	Clínica Alameda	5%	4%	3%	3%	3%	2%	2%	1%
	Clínica Dávila	5%	5%	6%	7%	7%	7%	6%	5%
	Clínica Santa María	6%	9%	12%	17%	21%	28%	33%	43%
	Clínica Vespucio	5%	5%	5%	6%	5%	6%	5%	3%
	OMESA	15%	12%	12%	11%	12%	12%	11%	12%
Prestador Preferente	Clínica Alameda	16%	14%	12%	9%	8%	5%	3%	1%
	Clínica Dávila	8%	7%	8%	8%	8%	7%	5%	3%
	Clínica Santa María	3%	7%	6%	9%	8%	12%	16%	21%
	Clínica Vespucio	5%	5%	5%	4%	4%	2%	2%	1%
	OMESA	32%	31%	30%	26%	24%	19%	16%	11%

Fuente: Archivo Maestro de Beneficiarios, Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas, Superintendencia de Salud.

La Tabla 7.2 muestra la distribución de beneficiarios de la isapre Vida Tres atendidos en los prestadores vinculados al holding Banmédica según tramo de cotización pactada. En este caso, los beneficiarios de los 2 tramos más altos se atienden mayoritariamente (sobre el 58%) bajo la modalidad de libre elección. Por otra parte, la mayoría (sobre el 51%) de los beneficiarios pertenecientes a los 2 tramos más bajos se atienden en la modalidad de prestador preferente. Respecto al uso de la Clínica Santa María -prestador del holding- se observa que a una mayor cotización pactada, mayor es el uso de este prestador tanto en la modalidad de libre elección y en menor magnitud, como prestador preferente. Al contrario, mientras menor es la cotización pactada, mayor es el uso de OMESA como prestador preferente.

Tabla 7.2

Distribución de beneficiarios de isapre Vida Tres atendidos en prestadores vinculados según tramo de cotización pactada y modalidad de atención, año 2012

Modalidad de Atención	Prestador	Tramo de Cotización Pactada (M\$)							
		< 50	50 - < 75	75 - < 100	100 - < 125	125 - < 150	150 - < 175	175 - < 200	200 y más
Libre Elección	Clínica Alameda	5%	4%	3%	3%	2%	2%	1%	1%
	Clínica Dávila	6%	4%	6%	5%	5%	5%	5%	3%
	Clínica Santa María	17%	18%	21%	25%	30%	33%	35%	41%
	Clínica Vespucio	4%	4%	4%	4%	5%	4%	3%	2%
	OMESA	17%	14%	15%	14%	15%	15%	14%	17%
Prestador Preferente	Clínica Alameda	6%	6%	4%	3%	2%	2%	2%	1%
	Clínica Dávila	8%	4%	4%	4%	4%	4%	4%	1%
	Clínica Santa María	11%	24%	20%	23%	20%	20%	23%	25%
	Clínica Vespucio	2%	2%	2%	1%	1%	1%	1%	0%
	OMESA	24%	21%	21%	18%	16%	15%	12%	10%

Fuente: Archivo Maestro de Beneficiarios, Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas, Superintendencia de Salud.

La Tabla 7.3 muestra la distribución de beneficiarios de la isapre Consalud atendidos en los prestadores vinculados al holding Consalud según tramo de cotización pactada. Los beneficiarios de los 2 tramos más bajos se atienden mayoritariamente (sobre el 66%) bajo la modalidad de prestador preferente. Por otra parte, los beneficiarios pertenecientes a los 2 tramos más altos se atienden principalmente en la modalidad de libre elección (sobre el 56%). También se observa que a una menor cotización pactada, mayor es el uso de Megasalud en la modalidad de prestador preferente. Al contrario, mientras mayor es la cotización pactada, mayor es el uso de la Clínica Tabancura y Clínica Avansalud en la modalidad libre elección. Con todo, también se aprecia una segmentación en la atención de la cartera de beneficiarios de Consalud, con un marcado uso de Megasalud primordialmente cuando la atención es bajo prestador preferente.

Tabla 7.3

Distribución de beneficiarios de isapre Consalud atendidos en prestadores vinculados según tramo de cotización pactada y modalidad de atención, año 2012

Modalidad de Atención	Prestador	Tramo de Cotización Pactada (M\$)							
		< 50	50 - < 75	75 - < 100	100 - < 125	125 - < 150	150 - < 175	175 - < 200	200 y más
Libre Elección	Clínica Avansalud	4%	6%	7%	8%	9%	11%	11%	12%
	Clínica Bicentenario	8%	10%	9%	8%	8%	6%	6%	3%
	Clínica Tabancura	1%	2%	2%	3%	6%	9%	12%	24%
	Megasalud	13%	17%	23%	23%	23%	27%	27%	25%
Prestador Preferente	Clínica Avansalud	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%
	Clínica Bicentenario	1%	2%	2%	1%	1%	1%	1%	0%
	Clínica Tabancura	0%	0%	0%	0%	1%	1%	1%	2%
	Megasalud	71%	63%	56%	55%	52%	44%	41%	33%

Fuente: Archivo Maestro de Beneficiarios, Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas, Superintendencia de Salud.

Respecto a los beneficiarios de otras isapres que se atienden en prestadores vinculados al Holding Banmédica se aprecia que la mayoría (sobre el 84%) de ellos se atiende bajo la modalidad de libre elección (ver Tabla 7.4). Respecto a la atención hospitalaria, aquellos ubicados en los tramos menores de cotización pactada se atienden en las Clínicas Santa María, Vespucio y Dávila, en la modalidad de libre elección. Los beneficiarios en los tramos de mayor cotización pactada reciben atención hospitalaria en la Clínica Santa María, mayoritariamente en modalidad libre elección. Respecto a esta clínica, se observa una tendencia creciente respecto a su uso en ambas modalidades de atención cuando la cotización pactada aumenta.

Tabla 7.4

Distribución beneficiarios de isapres no pertenecientes al holding Banmédica atendidos en prestadores vinculados según tramo de cotización pactada y modalidad de atención, año 2012

Modalidad de Atención	Prestador	Tramo de Cotización Pactada (M\$)							
		< 50	50 - < 75	75 - < 100	100 - < 125	125 - < 150	150 - < 175	175 - < 200	200 y más
Libre Elección	Clínica Alameda	7%	5%	4%	2%	2%	1%	1%	1%
	Clínica Dávila	17%	16%	15%	13%	12%	10%	8%	6%
	Clínica Santa María	21%	30%	36%	42%	45%	49%	54%	61%
	Clínica Vespuccio	19%	16%	15%	13%	13%	11%	8%	5%
	OMESA	28%	25%	22%	19%	17%	15%	13%	13%
Prestador Preferente	Clínica Alameda	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Clínica Dávila	5%	4%	4%	3%	3%	3%	2%	1%
	Clínica Santa María	2%	3%	4%	6%	7%	9%	12%	12%
	Clínica Vespuccio	1%	1%	1%	1%	1%	1%	0%	0%
	OMESA	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%

Fuente: Archivo Maestro de Beneficiarios, Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas, Superintendencia de Salud.

La Tabla 7.5 muestra a los beneficiarios de otras isapres que se atienden en prestadores vinculados al Holding Consalud. La mayoría de los beneficiarios de las otras isapres (sobre el 79%) se atienden bajo la modalidad de libre elección. Respecto a la cotización pactada, los tramos menores y medios reciben atención hospitalaria en la Clínica Avansalud, mayoritariamente en modalidad de libre elección. Los beneficiarios en los tramos de mayor cotización pactada se atienden en la Clínica Tabancura, mayoritariamente en modalidad libre elección. Llama la atención en esta tabla, que los prestadores del holding Consalud actúan como prestadores preferente para menos del 21% de los beneficiarios de isapres ajenas al holding.

Tabla 7.5

Distribución beneficiarios de isapres no pertenecientes al holding Consalud atendidos en prestadores vinculados según tramo de cotización pactada y modalidad de atención, año 2012

Modalidad de Atención	Prestador	Tramo de Cotización Pactada (M\$)							
		< 50	50 - < 75	75 - < 100	100 - < 125	125 - < 150	150 - < 175	175 - < 200	200 y más
Libre Elección	Clínica Avansalud	15%	18%	19%	20%	20%	21%	21%	19%
	Clínica Bicentenario	6%	6%	6%	6%	6%	5%	4%	3%
	Clínica Tabancura	4%	6%	8%	11%	14%	20%	26%	39%
	Megasalud	56%	50%	46%	44%	40%	36%	33%	28%
Prestador Preferente	Clínica Avansalud	6%	6%	7%	6%	7%	6%	4%	3%
	Clínica Bicentenario	5%	4%	4%	3%	3%	2%	1%	0%
	Clínica Tabancura	0%	1%	1%	2%	2%	3%	4%	5%
	Megasalud	7%	8%	9%	8%	8%	7%	6%	4%

Fuente: Archivo Maestro de Beneficiarios, Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas, Superintendencia de Salud.

5.2 Efecto intraisapre

5.2.1 Prestaciones ambulatorias

El efecto intraisapre de la integración vertical se exploró a través de las diferencias respecto a las variables de interés, de las siguientes prestaciones ambulatorias consideradas trazadoras (ver Anexo 3 para detalle de códigos y glosas); sala de procedimientos 3, consultas médicas (electiva, neurología y de especialidades), perfil bioquímico, radiografía de tórax, tomografía axial computarizada de abdomen, ecotomografía abdominal, radiografía de columna lumbar y ecocardiograma doppler color, cuando fueron otorgadas por el prestador del holding, en la modalidad de prestador preferente y libre elección.

5.2.1.1 Banmédica

Los beneficiarios de la isapre Banmédica (para tabla de resultados, ver Anexo 4.1) presentaron una mayor cobertura financiera efectiva (rango: 1-48%) en las prestaciones trazadoras, cuando se atendieron bajo la modalidad de prestador preferente. Por tanto, los beneficiarios de Banmédica, atendidos en los prestadores del holding bajo la modalidad de prestador preferente, presentan menores copagos en el conjunto de prestaciones trazadoras.

Respecto al valor unitario³¹ (precio) de las prestaciones trazadoras, no existe un patrón homogéneo entre los prestadores del holding cuando actúan como prestador preferente o en la modalidad de libre elección. En la Clínica Alameda, con excepción de "sala de procedimientos 3" y la tomografía axial computarizada de abdomen, cuyos precios fueron marginalmente superiores en la modalidad de prestador preferente, las restantes prestaciones trazadoras presentaron precios menores o iguales en la modalidad de prestador preferente, respecto a la libre elección.

La Clínica Dávila, mostró precios mayores (aproximadamente 10%) bajo la modalidad de prestador preferente en la mayoría de las prestaciones trazadoras, con excepción de la "sala de procedimientos 3" y consulta de especialidades, cuyas diferencias de precio fueron mayor en 2% y 22% respectivamente, cuando los usuarios usaron el prestador en la modalidad de libre elección.

En la Clínica Santa María, los precios de la mayoría de las prestaciones trazadoras, con excepción de la "sala de procedimientos 3" y consulta médica de neurología, fueron marginalmente mayores (menos de 3%) en la modalidad de prestador preferente. Estas dos prestaciones, fueron marginalmente mayores (2%) cuando la clínica actuó en la modalidad de libre elección.

En la Clínica Vespucio, los precios de la mayoría de las prestaciones trazadoras fueron mayores en la modalidad de prestador preferente. La consulta médica electiva fue 17% más cara como prestador preferente que en modalidad de libre elección y el valor de la "sala de procedimientos 3", fue 4% más cara como prestador preferente. Por otra parte, los precios de; ecocardiograma doppler color, radiografía de columna lumbar, consulta médica de especialidades y consulta médica de neurología, fueron menores en la modalidad de prestador preferente. El precio del ecocardiograma doppler color fue 15% menor en la modalidad prestador preferente.

³¹ Los datos considerados para las estimaciones son las frecuencias de uso y los montos facturados por dichas prestaciones. Esto último permite obtener el valor unitario de la prestación.

En OMESA, los precios de la totalidad de las prestaciones trazadoras, con excepción de la "sala de procedimientos 3", fueron menores en la modalidad de prestador preferente. La radiografía de columna lumbar, el perfil bioquímico y la consulta médica electiva fueron 17%, 15% y 10% respectivamente menores cuando OMESA actuó como prestador preferente. El precio de la "sala de procedimientos 3" fue 7% más caro en la modalidad de prestador preferente.

En relación a la tasa de uso de las prestaciones trazadoras en la modalidad ambulatoria, en general, no hay diferencias en los prestadores del holding cuando se comportan como prestadores preferentes o en libre elección. Como excepción a lo anterior, en la Clínica Alameda las prestaciones "sala de procedimientos 3", consulta médica electiva, consulta médica de especialidades, consulta médica de neurología y radiografía de tórax presentaron mayores tasas de uso (9%, 6%, 6%, 17% y 9%, respectivamente) en la modalidad prestador preferente. En la Clínica Dávila, el perfil bioquímico mostró una menor tasa de uso en la modalidad prestador preferente, en cambio, la radiografía de columna lumbar mostró una mayor tasa de uso en esta misma modalidad.

En la Clínica Santa María, las prestaciones "sala de procedimientos 3" y el perfil bioquímico presentaron una tasa de consumo menor cuando la clínica se comportó como prestador preferente. Lo contrario se observó para consulta médica de especialidades y ecocardiograma doppler color.

En la Clínica Vespucio, la mayoría de las prestaciones trazadoras en la modalidad ambulatoria no presentaron diferencias en la tasa de uso de estas prestaciones cuando se comporta como prestador preferente o en libre elección. Excepción a lo anterior, fueron las consultas médicas, de las cuales, la consulta médica electiva (8%)³² y la consulta médica de especialidades (4%) presentaron una tasa de uso mayor en la modalidad de prestador preferente. Lo contrario se observó para la consulta médica de neurología, la cual presentó una tasa de uso menor (7%) en la modalidad de prestador preferente.

Finalmente en OMESA, presentaron tasas de uso mayores en la modalidad de prestador preferente versus modalidad libre elección las consultas médicas electivas (14%)³³, de especialidades (22%) y de neurología (6%). A su vez, la radiografía de columna lumbar (30%) y el perfil bioquímico (9%) presentaron una tasa de consumo menor cuando OMESA fue prestador preferente.

5.2.1.2 Vida Tres

La relación de la isapre Vida Tres y los prestadores del holding Banmédica (para tabla de resultados, ver Anexo 4.2), muestra una mayor cobertura financiera efectiva (rango: 3-54%) de las prestaciones trazadoras, cuando los beneficiarios de la isapre se atienden bajo la modalidad de prestador preferente. Desde otra perspectiva, los beneficiarios de Vida Tres, atendidos en los prestadores del holding bajo la modalidad de prestador preferente, presentan menores copagos en el conjunto de prestaciones trazadoras.

Respecto al valor unitario (precio) de las prestaciones trazadoras, no existe un patrón homogéneo entre los prestadores del holding cuando actúan como prestador preferente o en modalidad de libre elección. Las Clínicas Santa María y Dávila, exhibieron precios mayores bajo la modalidad de prestador preferente en la totalidad del conjunto de prestaciones trazadoras, con excepción de la "sala de procedimientos 3", cuya diferencia de precio fue

³² En paréntesis se presenta la magnitud de la diferencia respecto al valor en la modalidad libre elección.

³³ En paréntesis se presenta la magnitud de la diferencia respecto al valor en la modalidad libre elección.

marginalmente mayor (4%), cuando el prestador fue usado en la modalidad de libre elección. Los restantes prestadores del holding; Clínica Alameda, Clínica Vespucio y OMESA, presentan precios menores de las prestaciones trazadoras cuando actúan como prestadores preferentes, con excepción de la "sala de procedimientos 3", cuyo valor unitario es mayor (5%) en esta modalidad.

En relación a la tasa de uso de las prestaciones trazadoras, no existe un patrón homogéneo entre los prestadores del holding. La Clínica Alameda y OMESA, presentaron mayores tasas de consumo de estas prestaciones bajo la modalidad de prestador preferente. La prestación "sala de procedimientos 3" alcanzó un 8% y un 14% de mayor consumo en la modalidad de prestador preferente, en la Clínica Alameda y OMESA, respectivamente. La consulta médica de especialidades, alcanzó un 14% y un 13% de mayor consumo, en los prestadores antes mencionados. Las prestaciones radiografía de tórax, tomografía axial computarizada de abdomen y ecotomografía abdominal, presentaron un 9% de mayor consumo en la modalidad de prestador preferente en la Clínica Alameda y OMESA.

En la Clínica Dávila, no hubo diferencias entre las modalidades de atención respecto a la tasa de uso de las siguientes prestaciones; sala de procedimientos 3, radiografía de tórax y ecotomografía abdominal. Sin embargo, cuando este prestador actuó como preferente, la tasa de consumo de las prestaciones consulta médica de especialidades y la tomografía axial computarizada de abdomen, fueron menores.

Por otra parte, en la Clínica Santa María, con excepción de la consulta médica de especialidades, cuya tasa de uso fue un 7% mayor en la modalidad de prestador preferente, no hubo diferencias entre las modalidades de atención respecto a la tasa de uso de las otras prestaciones trazadoras. Más aún, las prestaciones perfil bioquímico y la tomografía axial computarizada de abdomen, presentaron menores tasas de usos bajo la modalidad de prestador preferente.

5.2.1.3 Consalud

A diferencia de las isapres analizadas anteriormente, las clínicas del holding Consalud (para tabla de resultados, ver Anexo 4.3), con excepción de Megasalud, otorgan atención ambulatoria casi exclusivamente en la modalidad de libre elección, por tanto, el análisis comparativo de las variables de interés se concentra en Megasalud.

En Megasalud, los beneficiarios de la isapre Consalud presentaron una mayor cobertura financiera efectiva (rango: 3-28%) en las prestaciones trazadoras, cuando se atendieron bajo la modalidad de prestador preferente. Por tanto, el copago por estas prestaciones fue menor (1-126%) para los beneficiarios de Consalud, atendidos en Megasalud bajo la modalidad de prestador preferente.

En relación con el precio de las prestaciones trazadoras, no existe un patrón homogéneo en los prestadores del holding Consalud cuando actúan como prestador preferente o en la modalidad de libre elección. Sin embargo, referente al precio de la consulta médica electiva, este fue alrededor de un 30% mayor en las Clínicas Avansalud, Bicentenario y Tabancura, cuando actuaron como prestadores preferentes versus modalidad libre elección. Por otra parte, la consulta médica de especialidades fue un 14% más cara en Avansalud cuando se desempeñó como prestador preferente. En Megasalud, sólo se observaron diferencias marginales (menos de 4%) en el precio de las prestaciones trazadoras, cuando el prestador actuó como preferente en comparación a la libre elección.

Respecto a la tasa de uso de las prestaciones trazadoras en la modalidad ambulatoria de Megasalud, en la mayoría no hay diferencias en la tasa de uso de estas prestaciones cuando se comporta como prestador preferente o en libre elección. Sin embargo, se observó que las consultas médicas electivas, consultas médicas de especialidades y la radiografía de columna lumbar presentaron un 14%, 9% y 9% respectivamente de mayor uso en la modalidad de prestador preferente comparada con la modalidad de libre elección. Al contrario, el ecocardiograma doppler color presentó una tasa de uso 10% menor en la modalidad de prestador preferente comparada con la modalidad de libre elección.

5.2.2 Prestaciones Hospitalarias

El efecto intrasapre de la integración vertical se exploró a través de las diferencias respecto a las variables de interés, de 3 tipos de prestaciones hospitalarias consideradas trazadoras (ver Anexo 3 para detalle de códigos y glosas); derechos de pabellón, días cama y atención médico tratante, cuando fueron otorgadas por el prestador del holding, en la modalidad de prestador preferente y libre elección.

5.2.2.1 Banmédica

En primer lugar, se debe mencionar que la mayoría de los beneficiarios de Banmédica reciben atención hospitalaria en los prestadores del holding, bajo modalidad de prestador preferente (para tabla de resultados, ver Anexo 4.4). Más del 88% de los derechos de pabellón (tipo 5, 6, 7 y 10), el 87% de los días cama medicina y especialidades (1 cama c/baño), el 95% de los días cama obstetricia y ginecología (1 cama c/baño) y el 80% de los días cama UCI, de la Clínica Dávila durante el periodo de estudio, se entregaron bajo la modalidad de prestador preferente. Por otra parte, los usuarios de la Clínica Santa María recibieron más del 83% de los derechos de pabellón (tipo 5, 6, 7 y 10), el 81% de los días cama medicina y especialidades (1 cama c/baño), el 88% de los días cama obstetricia y ginecología (1 cama c/baño) y el 70% de los días cama UCI, en la modalidad de prestador preferente. En la Clínica Vespucio, más del 61% de los derechos de pabellón (tipo 5, 6, 7 y 10), el 75% de los días cama obstetricia y ginecología (1 cama c/baño) y el 49% de los días cama UCI fueron otorgados en la modalidad de prestador preferente. Sin embargo, cabe mencionar que sólo el 37%, 15% y 43% de las visitas por médico tratante a enfermo hospitalizado fueron otorgadas en modalidad de prestador preferente, en las Clínicas Dávila, Santa María y Vespucio, respectivamente.

Los beneficiarios de la isapre Banmédica hospitalizados en la Clínica Dávila presentaron una mayor cobertura financiera efectiva (rango: 15-35%) en la mayoría de las prestaciones trazadoras, cuando se atendieron bajo la modalidad de prestador preferente. La excepción está representada por el día cama medicina y especialidades (3 o más camas pensionado o medio pensionado), cuya cobertura financiera efectiva fue marginalmente mayor (2%) en la modalidad de libre elección. En este contexto, el copago que enfrentaron los usuarios, fue 2-4 veces menor en aquellas prestaciones otorgadas mayoritariamente como prestador preferente. En el caso de los días cama medicina y especialidades (3 o más camas pensionado o medio pensionado) el copago fue 28% mayor en la modalidad de prestador preferente.

Respecto al precio de las prestaciones hospitalarias trazadoras en la Clínica Dávila, los derechos de pabellón tipo 5 y tipo 6 fueron un 20% y 13% menores respectivamente en la modalidad de prestador preferente. En cambio, los derechos de pabellón tipo 7 y tipo 10 fueron 18% y 8% más caros respectivamente en esta modalidad. Las restantes prestaciones analizadas, fueron marginalmente (menos de 3%) más baratas cuando la Clínica Dávila se comportó como preferente.

La tasa de uso de las prestaciones hospitalarias en la Clínica Dávila, para los beneficiarios de Banmédica, con la excepción de los derechos de pabellón tipo 5 (+10%) y día cama obstetricia y ginecología (1 cama c/baño) (+30%), fueron menores o iguales en la modalidad de prestador preferente. Las mayores diferencias con la modalidad de libre elección se observaron en el día cama UTI (-240%), la visita por médico tratante a enfermo hospitalizado (-130%), el día cama medicina y especialidades (3 o más camas pensionado o medio pensionado) (-130%), el día cama medicina y especialidades (1 cama c/baño) (-50%) y el día cama UCI (-40%).

Los beneficiarios de la isapre Banmédica hospitalizados en la Clínica Santa María presentaron una mayor cobertura financiera efectiva (rango: 34-79%) en la totalidad de las prestaciones trazadoras, cuando se atendieron bajo la modalidad de prestador preferente. Por tanto, el copago que enfrentaron los usuarios, fue 3 a 8 veces menor en la modalidad de prestador preferente.

Respecto al precio de las prestaciones hospitalarias trazadoras en la Clínica Santa María, la totalidad de los derechos de pabellón fueron menores en un rango de 5-18% en la modalidad de prestador preferente. El día cama medicina y especialidades (1 cama c/baño) y el día cama obstetricia y ginecología (1 cama c/baño) fueron sólo 2% menores en modalidad prestador preferente. El precio de los días cama UCI y UTI fue el mismo en ambas modalidades. Una diferencia marginal (+1%) se observó en el precio de la visita por médico tratante a enfermo hospitalizado entre ambas modalidades.

La tasa de uso de las prestaciones hospitalarias en la Clínica Santa María, para los beneficiarios de Banmédica, con la excepción de los derechos de pabellón tipo 5 y tipo 7 y día cama medicina y especialidades (1 cama c/baño), fueron mayores en la modalidad de prestador preferente. La mayor diferencia con la modalidad de libre elección, se observó en la visita por médico tratante a enfermo hospitalizado (+110%). Una menor diferencia se observó en el día cama UTI (+60%), día cama obstetricia y ginecología (1 cama c/baño) (+30%), derecho a pabellón tipo 5 (+20%), derecho a pabellón tipo 10 (+10%) y día cama UCI (+10%).

Los beneficiarios de la isapre Banmédica hospitalizados en la Clínica Vespucio, no presentan un patrón claro respecto a diferencias de cobertura financiera efectiva cuando se atienden en la modalidad de prestador preferente o libre elección. Una mejor cobertura en modalidad de prestador preferente se observó en la visita por médico tratante a enfermo hospitalizado (+14%). Estas diferencias fueron marginales en el caso de derechos de pabellón tipo 5 (+2%) y día cama UTI (+1%). Al contrario, la cobertura financiera efectiva fue menor para el día cama UCI (-22%), día cama obstetricia y ginecología (1 cama c/baño) (-18%) y derechos de pabellón tipo 6 (-3%) cuando la Clínica Vespucio se comportó como prestador preferente. Por tanto, el copago que enfrentaron los usuarios, fue menor en la mayoría de las prestaciones otorgadas en la modalidad de prestador preferente, con excepción de los derechos de pabellón tipo 6 (+26%), día cama obstetricia y ginecología (1 cama c/baño) (+69%) y día cama UCI (+100%).

Respecto al precio de las prestaciones hospitalarias trazadoras en la Clínica Vespucio, con excepción de los derechos de pabellón tipo 6 (+4%), los demás derechos de pabellón (tipo 5, 7 y 10) fueron menores en un rango de 12-19% en la modalidad de prestador preferente. En la modalidad de prestador preferente, el precio del día cama UCI fue menor (+4%) que en la modalidad de libre elección, no así el día cama obstetricia y ginecología (1 cama c/baño) y el día cama UTI, los cuales no presentaron diferencias de precios en ambas modalidades.

La tasa de uso de las prestaciones hospitalarias en la Clínica Vespucio, para los beneficiarios de Banmédica, fue mayor en la modalidad de prestador preferente para el derecho de pabellón 10 (+10%) y para el día cama obstetricia y ginecología (1 cama c/baño) (+30%). Para el derecho de pabellón 6 (-10%), la visita por médico tratante a enfermo hospitalizado (-30%), el día cama UTI (-20%) y el día cama UCI (-140%), la tasa de uso en la modalidad prestador preferente fue menor.

5.2.2.2 Vida Tres

En primer lugar, se debe mencionar que la mayoría de los beneficiarios de Vida Tres reciben atención hospitalaria en los prestadores del holding, bajo modalidad de prestador preferente (para tabla de resultados, ver Anexo 4.5). Más del 80% de los derechos de pabellón (tipo 5, 6, 7 y 10), el 79% de los días cama medicina y especialidades (1 cama c/baño), el 92% de los días cama obstetricia y ginecología (1 cama c/baño) y el 58% de los días cama unidad cuidados intensivo (UCI), de la Clínica Dávila durante el periodo de estudio, se entregaron bajo la modalidad de prestador preferente. Por otra parte, los usuarios de la Clínica Santa María recibieron más del 95% de los derechos de pabellón (tipo 5, 6, 7 y 10), el 91% de los días cama medicina y especialidades (1 cama c/baño), el 97% de los días cama obstetricia y ginecología (1 cama c/baño) y el 82% de los días cama unidad cuidados intensivo (UCI) en la modalidad de prestador preferente. No se analiza los datos de la Clínica Vespucio por la baja frecuencia en las prestaciones trazadoras.

Los beneficiarios de la isapre Vida Tres hospitalizados en la Clínica Dávila presentaron una mayor cobertura financiera efectiva (rango: 2-30%) en la mayoría de las prestaciones trazadoras, cuando se atendieron bajo la modalidad de prestador preferente. La excepción está representada por los días cama medicina y especialidades (3 o más camas pensionado o medio pensionado) y los días cama UCI, en los cuales la cobertura financiera efectiva fue marginalmente mayor en la modalidad de libre elección. En este contexto, el copago que enfrentaron los usuarios fue, en el peor de los casos, 23% menor en aquellas prestaciones otorgadas mayoritariamente como prestador preferente. En el caso de los días cama medicina y especialidades (3 o más camas pensionado o medio pensionado) y los días cama UCI, el copago fue 12% y 55% mayor en la modalidad de prestador preferente.

Respecto al precio de las prestaciones hospitalarias trazadoras en la Clínica Dávila, los derechos de pabellón tipo 7 (41%)³⁴ y tipo 10 (21%), día cama medicina y especialidades (3 o más camas pensionado o medio pensionado) (1%), día cama medicina y especialidades (1 cama c/baño) (7%) y día cama UCI (6%), fueron mayores en la modalidad de prestador preferente. En las otras prestaciones trazadoras, el precio fue marginalmente menor (menos de 2%) en la modalidad de prestador preferente, con excepción del derecho a pabellón tipo 6 en que el precio fue un 29% menor.

La tasa de uso de las prestaciones hospitalarias en la Clínica Dávila, para los beneficiarios de Vida Tres, con la excepción de los derechos de pabellón tipo 6 y visita por médico tratante a enfermo hospitalizado, fueron menores en la modalidad de prestador preferente. Las mayores diferencias con la modalidad de libre elección se observaron en el día cama UCI (-186%), los derechos de pabellón tipo 7 (-67%) y día cama adulto unidad de tratamiento intermedio (UTI) (-59%). Por otra parte, la tasa de uso de los derechos de pabellón tipo 6 y visita por médico tratante a enfermo hospitalizado, fueron 25% y 6% mayores en la modalidad prestador preferente.

³⁴ En paréntesis se presenta la magnitud de la diferencia respecto al valor en la modalidad libre elección.

Los beneficiarios de la isapre Vida Tres hospitalizados en la Clínica Santa María presentaron una mayor cobertura financiera efectiva (rango: 21-63%) en la totalidad de las prestaciones trazadoras, cuando se atendieron bajo la modalidad de prestador preferente. Por tanto, el copago que enfrentaron los usuarios fue 2 a 7 veces menor en la modalidad de prestador preferente.

En relación al precio de las prestaciones hospitalarias trazadoras en la Clínica Santa María, el conjunto de los derechos de pabellón presentaron valores menores (entre 20-50% menos) en la modalidad de prestador preferente. Al contrario, el día cama medicina y especialidades (1 cama c/baño), el día cama obstetricia y ginecología, el día cama UCI y el día cama UTI presentaron precios mayores (1-3% más) en la modalidad prestador preferente.

La tasa de uso de las prestaciones hospitalarias en la Clínica Santa María para los beneficiarios de Vida Tres, con las excepciones de la visita por médico tratante a enfermo hospitalizado, el día cama medicina y especialidades (1 cama c/baño), el día cama UCI y el día cama UTI, fueron mayores entre un 8-40% en comparación a la tasa de uso en la modalidad libre elección. Al contrario, la visita por médico tratante a enfermo hospitalizado, el día cama medicina y especialidades (1 cama c/baño), el día cama UCI y el día cama UTI fueron 21%, 31%, 107% y 23% menos utilizadas en la modalidad de prestador preferente.

5.2.2.3 Consalud

La atención hospitalaria de los beneficiarios de Consalud en los prestadores del holding, bajo modalidad de prestador preferente, no es homogénea (para tabla de resultados, ver Anexo 4.6). En la Clínica Avansalud entre el 55-64% de los derechos de pabellón, entre el 41-62% de los días camas y el 55% de las visitas por médico tratante a enfermo hospitalizado se otorgaron en modalidad de prestador preferente. Por otra parte, en la Clínica Bicentenario entre el 84-88% de los derechos de pabellón, entre el 74-86% de los días camas y el 26% de las visitas por médico tratante a enfermo hospitalizado se brindaron en modalidad de prestador preferente. Finalmente, en la Clínica Tabancura entre el 39-60% de los derechos de pabellón, entre el 38-47% de los días camas y el 38% de las visitas por médico tratante a enfermo hospitalizado se otorgaron en modalidad de prestador preferente.

Los beneficiarios de la isapre Consalud, hospitalizados en la Clínica Avansalud, presentaron una mayor cobertura financiera efectiva (rango: 2-20%) en la totalidad de las prestaciones trazadoras, cuando se atendieron bajo la modalidad de prestador preferente. Sin embargo, esta mayor cobertura fue marginal (menos de 5%) para las siguientes prestaciones: derechos de pabellón 7 y 10, visita por médico tratante a enfermo hospitalizado y día cama UCI. El copago de los usuarios en este prestador, cuando actuó como preferente fluctuó entre un 9% menor en caso de las visitas por médico tratante a enfermo hospitalizado, a un 138% menos en caso de los derechos de pabellón tipo 5. La día cama UCI, tuvo un copago 30% menor en la modalidad prestador preferente versus libre elección.

Respecto al precio de las prestaciones hospitalarias en la Clínica Avansalud, los derechos de pabellón fueron un 10% menores en la modalidad de prestador preferente. El día cama medicina y especialidades (3 o más camas pensionado o medio pensionado) y el día cama UCI, fueron sólo 3% y 2% menores en la modalidad prestador preferente. La visita por médico tratante a enfermo hospitalizado fue 2% más barata en la modalidad de prestador preferente.

La tasa de uso de las prestaciones hospitalarias en la Clínica Avansalud, para los beneficiarios de Consalud, fue menor para el día cama UCI (-65%), visita por médico tratante a enfermo hospitalizado (-16%) y el derecho de pabellón 5 (-7%). En cambio, el

derecho de pabellón 6 (+6%) y el derecho de pabellón 7 (+8%) presentaron tasas de uso mayores en la modalidad de prestador preferente. No hubo diferencias en la tasa de uso del derecho de pabellón 10 y día cama medicina y especialidades (3 o más camas pensionado o medio pensionado) entre ambas modalidades.

Los beneficiarios de la isapre Consalud, hospitalizados en la Clínica Bicentenario, presentaron una cobertura financiera efectiva mayor (rango: 9-23%) en la totalidad de las prestaciones trazadoras, cuando se atendieron bajo la modalidad de prestador preferente. Esta mayor cobertura fue superior en los derechos de pabellón 5 y 6 (+23%) y en el día cama medicina y especialidades (3 o más camas pensionado o medio pensionado) (+21%). El día cama UCI y las visitas por médico tratante a enfermo hospitalizado presentaron una cobertura superior en un 14% y un 9% respectivamente, cuando el prestador actuó como prestador preferente. El copago de los usuarios en este prestador, cuando actuó como preferente, fue 2 veces menor en los derechos de pabellón y día cama medicina y especialidades (3 o más camas pensionado o medio pensionado). A su vez, el copago por el día cama UCI fue 3 veces menor en la modalidad de prestador preferente. Respecto a la visitas por médico tratante a enfermo hospitalizado, el copago fue 24% menor como prestador preferente versus modalidad libre elección.

Respecto al precio de las prestaciones hospitalarias trazadoras en la Clínica Bicentenario, con excepción de los derechos de pabellón tipo 5 (-19%), el precio de los demás derechos de pabellón y los días cama fueron un 10% menores en la modalidad de prestador preferente. El día cama medicina y especialidades (3 o más camas pensionado o medio pensionado) y el día cama UCI, fueron 1% y 8% menores respectivamente en la modalidad prestador preferente. La visita por médico tratante a enfermo hospitalizado fue 8% más cara en la modalidad de prestador preferente, respecto a la libre elección.

La tasa de uso de la mayoría de las prestaciones hospitalarias, en la Clínica Bicentenario para los beneficiarios de Consalud, fue menor en la modalidad de prestador preferente. El día cama UCI fue 13% menos usado en la modalidad de prestador preferente. La tasa de uso de los derechos de pabellón 5 y 7 fueron usados menos en un 8% y 10%, respecto a aquellos usuarios atendidos en la modalidad de libre elección. La tasa de uso del día cama medicina y especialidades (3 o más camas pensionado o medio pensionado) fue un 4% menor en la modalidad prestador preferente. La visita por médico tratante a enfermo hospitalizado fue el doble en la modalidad de libre elección.

Los beneficiarios de la isapre Consalud, hospitalizados en la Clínica Tabancura, presentaron una cobertura financiera efectiva mayor (rango: 5-29%) en la totalidad de las prestaciones trazadoras, cuando se atendieron bajo la modalidad de prestador preferente. Esta mayor cobertura, fue superior en los derechos de pabellón 5, 6 y 7 (+26%). El día cama medicina y especialidades (3 o más camas pensionado o medio pensionado) presentó una cobertura 13% mayor en la modalidad de prestador preferente. Finalmente, la cobertura en la modalidad de prestador preferente, fue sólo 5% mayor, cuando se trató de la visita por médico tratante a enfermo hospitalizado y 6% cuando se trató del día cama UCI. El copago de los usuarios en este prestador, cuando actuó como preferente, fue 3 veces menor en los derechos de pabellón tipo 5 y 7 y día cama UCI. A su vez, el copago por el día cama medicina y especialidades (3 o más camas pensionado o medio pensionado), fue la mitad en la modalidad de prestador preferente respecto a la libre elección. Una diferencia menor en el copago (-20%) se observó en la visitas por médico tratante a enfermo hospitalizado en la modalidad de prestador preferente.

Respecto al precio de las prestaciones hospitalarias en la Clínica Tabancura, con excepción del día cama medicina y especialidades (3 o más camas pensionado o medio pensionado),

las demás prestaciones trazadoras fueron más baratas en la modalidad de prestador preferente. Los derechos de pabellón 5, 7 y 10 fueron alrededor de 20% menores en la modalidad de prestador preferente. La visita por médico tratante a enfermo hospitalizado y el día cama UCI fueron sólo 1% más barata en la modalidad de prestador preferente. El día cama medicina y especialidades (3 o más camas pensionado o medio pensionado) fue 9% más caro en la modalidad prestador preferente.

Con excepción de los derechos de pabellón 7, que no presenta diferencias, la tasa de uso de las restantes prestaciones hospitalarias, en la Clínica Tabancura para los beneficiarios de Consalud, fue menor en la modalidad de prestador preferente. La mayor diferencia en la tasa de uso se observó en la visita por médico tratante a enfermo hospitalizado (-98%). Le siguen en la tasa el día cama medicina y especialidades (3 o más camas pensionado o medio pensionado) (-39%) y el día cama UCI (-34%). Los derechos de pabellón 5, 6 y 10 presentaron una tasa de uso 9% menor en la modalidad de prestador preferente comparada con la modalidad de libre elección.

5.3 Efecto interisapre

5.3.1 Prestaciones ambulatorias

Para medir el efecto interisapre, se compararon las diferencias en las variables de interés en prestadores relevantes de cada holding cuando estos fueron utilizados por beneficiarios de la isapre del holding en la modalidad de prestador preferente, versus beneficiarios de otras isapres que hicieron uso de los mismos prestadores en la modalidad de prestador preferente o libre elección. Las prestaciones trazadoras analizadas fueron las mismas mencionadas en el análisis del efecto intraisapre.

5.3.3.1 Banmédica versus otras isapres

5.3.3.1.1 Modalidad prestador preferente vs modalidad prestador preferente

La isapre Banmédica reúne el 90% de las prestaciones ambulatorias del holding Banmédica y, dentro de sus prestadores, OMESA concentra el 76% de las consultas médicas ambulatorias (para tablas de resultados, ver Anexos 4.1 y 5.1). Por otra parte, las consultas médicas de los beneficiarios de las otras isapres atendidos en prestadores del holding se concentran mayoritariamente en las Clínicas Santa María (76%) y Dávila (20%), y sólo el 0,4% fueron otorgadas por OMESA. En consecuencia, el análisis del efecto interisapres entre las modalidades de prestador preferente para beneficiarios de las otras isapres y de Banmédica, para el holding Banmédica, se llevó a cabo únicamente para la Clínica Santa María.

En la Clínica Santa María, los beneficiarios de las otras isapres atendidos en modalidad de prestador preferente, con excepción de la sala de procedimiento 3 (+45%), la cobertura financiera efectiva del resto de las prestaciones trazadoras presentaron coberturas menores que los beneficiarios de la isapre Banmédica, atendidos bajo la misma modalidad. La mayor diferencia en cobertura se observó para la radiografía de columna lumbar (-76%). En la consulta médica de especialidades, consulta médica de neurología y TAC abdominal estas diferencias fueron de 12%, 10% y 7%. El resto de las prestaciones trazadoras presentaron diferencias marginales (-4%).

El copago de los beneficiarios de las otras isapres respecto a los beneficiarios de Banmédica, con excepción de la consulta médica electiva y la sala de procedimiento 3, fueron superiores. En las consultas de especialidades y de neurólogo el copago de los beneficiarios de las otras isapres en la modalidad prestador preferente, fue 32% mayor que los beneficiarios de Banmédica. Los exámenes radiológicos e imágenes, con excepción de la radiografía columna lumbar (+59%), fueron un 10-14% superiores. El copago de la consulta médica electiva y de la "sala de procedimiento 3" fueron 27% y 70% menor respectivamente para los beneficiarios de las otras isapres, en la modalidad prestador preferente, en la Clínica Santa María.

Los precios de la mayoría de las prestaciones trazadoras, con excepción de la consulta médica electiva y el TAC de abdomen, fueron mayores para los beneficiarios de las otras isapres en la Clínica Santa María, bajo la modalidad de prestador preferente. La consulta médica de especialidades y de neurólogo fueron 13% y 8% más caras respectivamente para estos beneficiarios. En cambio, la consulta médica electiva y el TAC de abdomen fueron 29% y 4% más baratas respectivamente para los beneficiarios de las otras isapres que para los de Banmédica, atendidos en la Clínica Santa María bajo la modalidad de prestador preferente.

Respecto a la tasa de uso de las prestaciones ambulatorias, no hubo diferencias en la mayoría de las prestaciones trazadoras examinadas entre beneficiarios de Banmédica y las otras isapres atendidos en la Clínica Santa María bajo modalidad de prestador preferente. Sin embargo, la consulta médica electiva, la consulta médica de especialidades, la "sala de procedimientos 3" y la radiografía de tórax presentaron un 19%, 13% 8% y 8% de mayor uso respectivamente por parte de los beneficiarios de las otras isapres.

5.3.1.1.2 Modalidad prestador preferente vs modalidad libre elección

En este acápite, se analizan las diferencias de las variables de interés entre beneficiarios de isapre Banmédica atendidos en modalidad de prestador preferente versus beneficiarios de las otras isapres atendidos en modalidad de libre elección (para tablas de resultados, ver Anexos 4.1 y 5.1). Puesto que la mayoría de las prestaciones ambulatorias de los usuarios de Banmédica, en la modalidad de prestador preferente, se otorgan en OMESSA (56%) y la mayoría de las prestaciones ambulatorias de los usuarios de otras isapres, otorgadas en prestadores del holding Banmédica, se realizaron en la Clínica Santa María(59%), este análisis incluirá ambos prestadores.

Los beneficiarios de Banmédica presentaron una mayor cobertura financiera efectiva (rango: 8-39%) en las prestaciones trazadoras, con excepción de la "sala de procedimientos 3" (-33%), cuando se atendieron bajo la modalidad de prestador preferente en la Clínica Santa María comparado con los beneficiarios de las otras isapres. Por tanto, los beneficiarios de Banmédica, atendidos en la Clínica Santa María bajo la modalidad de prestador preferente, presentan menores copagos (rango: 19-55%) en la mayoría de las prestaciones trazadoras, comparados con los beneficiarios de las otras isapres. En el caso de OMESSA, los beneficiarios de Banmédica presentaron una mayor cobertura financiera efectiva en la totalidad de las prestaciones trazadoras cuando se atendieron bajo la modalidad de prestador preferente comparado con los beneficiarios de las otras isapres. Sin embargo, la cobertura financiera en OMESSA es menor a la obtenida en la Clínica Santa María para consultas médicas y exámenes radiológicos e imagenología, para los beneficiarios de Banmédica atendidos bajo la modalidad de prestador preferente.

Respecto al precio, los beneficiarios de Banmédica atendidos en la modalidad de prestador preferente enfrentan menores precios que los beneficiarios de las otras isapres en modalidad de libre elección. En la Clínica Santa María, este menor precio fluctuó entre un 3% en los exámenes de laboratorio y radiológicos y un 17% en las consulta médica de especialidades. En OMESA, hubo un precio menor en las consultas médicas (10-20%), perfil bioquímico (17%) y radiografía de columna lumbar (18%).

En relación a la tasa de uso de las prestaciones trazadoras, en la Clínica Santa María los beneficiarios de Banmédica presentaron una tasa de consumo mayor en la consulta médica de especialidades (27%) y de neurólogo (19%) y una menor tasa de uso en la consulta médica electiva (-24%) y sala de procedimientos 3 (-8%) cuando la clínica se comportó como prestador preferente. En OMESA, los beneficiarios de Banmédica exhibieron una tasa de consumo mayor en la consulta médica electiva (24%), la consulta médica de especialidades (50%), la consulta de neurólogo (21%) y el TAC de abdomen (10%) cuando el centro se comportó como prestador preferente.

5.3.1.2 Consalud versus otras isapres

5.3.1.2.1 Modalidad prestador preferente vs modalidad prestador preferente

Puesto que Megasalud concentra la totalidad de las consultas médicas ambulatorias de la isapre Consalud en la modalidad de prestador preferente, el análisis comparativo de las prestaciones ambulatorias con los beneficiarios de las otras isapres en la modalidad prestador preferente se llevó a cabo en este prestador (para tablas de resultados, ver Anexos 4.3 y 5.1).

En Megasalud, los beneficiarios de las otras isapres atendidos en modalidad de prestador preferente, con excepción de las consultas médicas y el ecocardiograma doppler color, las restantes prestaciones ambulatorias seleccionadas, presentaron una mayor cobertura financiera efectiva que fluctuó en un rango de 5-16%. Al contrario, las consultas médicas (electiva, de especialidades y de neurólogo) presentaron un 4%, 15% y 31% menor cobertura efectiva respectivamente para los beneficiarios de las otras isapres en Megasalud. En el caso del ecocardiograma doppler color, esta cobertura fue 45% menor para los beneficiarios de las otras isapres atendidos en Megasalud en la modalidad de prestador preferente.

El copago de los beneficiarios de las otras isapres respecto a los beneficiarios de Consalud, con excepción de las prestaciones mencionadas en el párrafo precedente, fue menor. La mayor diferencia en el copago de estos usuarios se observó en la radiografía de columna lumbar (-220%). El perfil bioquímico, la radiografía de tórax, el TAC de abdomen y la ecotomografía abdominal tuvieron entre un 50-55% de menor copago por parte de los beneficiarios de las otras isapres respecto a los beneficiarios de Consalud. Al contrario, la consulta médica electiva, la consulta médica de especialidades y la consulta médica de neurólogo tuvieron un copago 20%, 49% 57% mayor respectivamente para los beneficiarios de las otras isapres respecto a los beneficiarios de Consalud. El mayor copago para los beneficiarios de las otras isapres, atendidos en Megasalud en la modalidad de prestador preferente, fue en el ecocardiograma doppler color, por el que pagaron un 52% más caro que sus similares de Consalud.

En Megasalud, los precios de la totalidad de las prestaciones trazadoras fueron mayores para los beneficiarios de las otras isapres respecto a los beneficiarios de Consalud. Este

mayor precio se apreció principalmente en la consulta médica de especialidades (+25%), consulta médica de neurólogo (+10%), ecocardiograma doppler color (+20%), perfil bioquímico (+20%) y ecotomografía de abdomen (+11%). El precio del resto de las prestaciones ambulatorias para los beneficiarios de las otras isapres, fluctuó entre un 3-7% sobre el precio pagado en Megasalud por los beneficiarios de Consalud en la modalidad de prestador preferente.

En relación a la tasa de uso de las prestaciones ambulatorias, no hubo diferencias en la mayoría de las prestaciones trazadoras examinadas entre beneficiarios de Consalud y las otras isapres atendidos en Megasalud bajo modalidad de prestador preferente. Sin embargo, los beneficiarios de las otras isapres presentaron tasas de uso menores en un 38%, 28% y 10% en la consulta médica electiva, la consulta médica de especialidades y la radiografía de columna lumbar, respectivamente. Al contrario, la consulta médica de neurólogo presentó una tasa de uso mayor en un 23% por parte de los beneficiarios de las otras isapres.

5.3.1.2.2 Modalidad prestador preferente vs modalidad libre elección

Megasalud concentra la totalidad de las consultas médicas ambulatorias de la isapre Consalud en la modalidad de prestador preferente y el 51% de las consultas médicas de los beneficiarios de otras isapres en la modalidad de libre elección, por ende el análisis comparativo de las prestaciones ambulatorias se llevó a cabo en este prestador (para tablas de resultados, ver Anexos 4.3 y 5.1).

Los beneficiarios de Consalud presentaron una mayor cobertura financiera efectiva (rango: 1-47%) en las prestaciones trazadoras, con excepción de la radiografía de tórax (-1%), cuando se atendieron bajo la modalidad de prestador preferente en Megasalud, comparado con los beneficiarios de las otras isapres atendidos en modalidad de libre elección. Las mayores diferencias en cobertura se apreciaron en la radiografía de columna lumbar (47%) y la consulta médica de neurólogo (45%). Por tanto, los beneficiarios de Consalud atendidos en Megasalud bajo la modalidad de prestador preferente, presentan menores copagos (rango: 6-67%) en la totalidad de las prestaciones trazadoras, comparados con los beneficiarios de las otras isapres. Las mayores diferencias en copagos entre los beneficiarios de Consalud y de las otras isapres se observaron en la consultas médicas (-55% promedio) y en la radiografía de columna lumbar (-63%).

Respecto al precio, los beneficiarios de Consalud atendidos en la modalidad de prestador preferente, enfrentan menores precios que los beneficiarios de las otras isapres en modalidad de libre elección. En Megasalud, este menor precio fluctuó entre un 2% del TAC de abdomen y un 27% en la consulta médica de especialidades. En el perfil bioquímico (-20%), la ecotomografía abdominal (-10%) y el ecocardiograma doppler color (-10%) también se observaron diferencias importantes.

En relación a la tasa de uso de las prestaciones trazadoras, en Megasalud, los beneficiarios de Consalud presentaron una tasa de consumo mayor en la consulta médica electiva (47%), la consulta médica de especialidades (35%), el TAC de abdomen (10%) y en la radiografía de columna lumbar (10%). Al contrario, los beneficiarios de Consalud atendidos en Megasalud en la modalidad de prestador preferente, presentaron una menor tasa de consumo en la consulta de neurólogo (-23%) y el ecocardiograma doppler color (-9%) respecto a los beneficiarios de las otras isapres atendidos en modalidad de libre elección, en el mismo prestador.

5.3.2 Prestaciones hospitalarias

Para medir el efecto interisapre se compararon las diferencias en las variables de interés en prestadores relevantes de cada holding cuando estos fueron utilizados por beneficiarios de la isapre del holding en la modalidad de prestador preferente, versus beneficiarios de otras isapres que hicieron uso de los mismos prestadores en la modalidad de prestador preferente o libre elección. Las prestaciones trazadoras analizadas fueron las mismas mencionadas en el análisis del efecto intraisapre.

5.3.2.1 Banmédica versus otras isapres

5.3.2.1.1 Modalidad prestador preferente vs modalidad prestador preferente

La isapre Banmédica reúne el 83% de los días cama del holding Banmédica cuando sus beneficiarios optan por la modalidad de prestador preferente y, dentro de sus prestadores, la Clínica Dávila concentra el 53% de los días cama utilizados por los beneficiarios de dicho holding. Por otra parte, el 55% de los beneficiarios de las otras isapres en convenio con prestadores del holding se atendieron en la Clínica Dávila como prestador preferente. Por tanto, el análisis del efecto interisapre a nivel de prestaciones hospitalarias, entre beneficiarios de Banmédica versus las otras isapres, en la modalidad de prestador preferente, se llevó a cabo sólo para la Clínica Dávila (para tablas de resultados, ver Anexos 4.1 y 5.2).

Los beneficiarios de la isapre Banmédica hospitalizados en la Clínica Dávila presentaron una mayor cobertura financiera efectiva (rango: 1-10%) en la totalidad de las prestaciones trazadoras cuando se atendieron bajo la modalidad de prestador preferente. La mayor diferencia en cobertura se observó en el día cama medicina y especialidades (3 o más camas pensionado o medio pensionado), cuya cobertura financiera efectiva fue 10% mayor para los beneficiarios de Banmédica que para los beneficiarios de otras isapres. Sin embargo, el copago que enfrentaron los usuarios de Banmédica en derechos a pabellón (tipo 5, 6, 7 y 10) fue mayor que el cancelado por los beneficiarios de las otras isapres. En cambio, para los usuarios de Banmédica la visita por médico tratante a enfermo hospitalizado y los días cama medicina y especialidades (3 o más camas pensionado o medio pensionado), los días cama UCI y los días cama UTI, determinaron copagos 31%, 78%, 36% y 34% menores respectivamente que para los usuarios de la Clínica Dávila afiliados a otras isapres y que se atendieron en modalidad de prestador preferente.

Respecto al precio de las prestaciones hospitalarias que enfrentaron los beneficiarios de Banmédica en la Clínica Dávila, los derechos de pabellón (tipo 5, 6, 7 y 10) fueron 1 a 2 veces mayores que el precio de estas prestaciones para los beneficiarios de las otras isapres atendidos en la clínica bajo la modalidad de prestador preferente. Al contrario, el precio de la visita por médico tratante a enfermo hospitalizado (20%) y el día cama medicina y especialidades (3 o más camas pensionado o medio pensionado) (46%) y el día cama UTI (8%) fue menor para los beneficiarios de Banmédica versus los beneficiarios de las otras isapres en la Clínica Dávila. El día cama UCI tuvo un precio 8% menor para los beneficiarios de Banmédica versus los beneficiarios de las otras isapres en este prestador, en la modalidad de prestador preferente.

La tasa de uso de las prestaciones hospitalarias de los beneficiarios de Banmédica versus los beneficiarios de las otras isapres en la Clínica Dávila fue, en promedio, un 50% mayor para los derechos de pabellón. Sin embargo, la visita por médico tratante a enfermo hospitalizado

y el día cama medicina y especialidades (3 o más camas pensionado o medio pensionado), el día cama UCI y el día cama UTI presentaron una tasa de uso un 32%, 133%, 70% y 43% mayor respectivamente cuando se trató de los beneficiarios de Banmédica versus los beneficiarios de las otras isapres en la Clínica Dávila.

5.3.2.1.2 Modalidad prestador preferente vs modalidad libre elección

En este acápite se analizan las diferencias de las variables de interés para las prestaciones trazadoras hospitalarias, entre beneficiarios de isapre Banmédica en modalidad de prestador preferente versus beneficiarios de las otras isapres en modalidad de libre elección (para tablas de resultados, ver Anexos 4.1 y 5.2). La mayoría de las prestaciones hospitalarias de los usuarios de Banmédica en la modalidad de prestador preferente se otorgan en la Clínica Dávila (53%) y un 44% en la Clínica Santa María. Sin embargo, puesto que la mayoría de las prestaciones hospitalarias de los usuarios de las otras isapres en la modalidad de libre elección se otorgan en la Clínica Santa María (59%), el análisis de las variables de interés se llevó a cabo en la Clínica Santa María.

La cobertura financiera efectiva de los beneficiarios de la isapre Banmédica hospitalizados en la Clínica Santa María como prestador preferente fue 5-93% mayor que para los beneficiarios de otras isapres atendidos en este prestador bajo la modalidad de libre elección. En los derechos de pabellón, la cobertura para los beneficiarios de la isapre Banmédica fue, en promedio, un 30% mayor que para los beneficiarios de otras isapres. La visita por médico tratante a enfermo hospitalizado tuvo un 44% de mayor cobertura para los beneficiarios de la isapre Banmédica. El día cama medicina y especialidades (1 cama con baño), el día cama medicina y especialidades (3 o más camas pensionado o medio pensionado), el día cama obstetricia y ginecología (1 cama con baño), el día cama UCI y el día cama UTI tuvieron coberturas efectivas de 93%, 5%, 29%, 19% y 21% mayor respectivamente para los beneficiarios de la isapre Banmédica en comparación con los beneficiarios de otras isapres.

Por otra parte, y como es de esperar, el copago que enfrentaron los usuarios de Banmédica en la Clínica Santa María en la modalidad de prestador preferente, en todas las prestaciones hospitalarias, fue menor que el copago de los beneficiarios de otras isapres atendidos en este prestador bajo la modalidad de libre elección. En los derechos de pabellón, el copago para los beneficiarios de la isapre Banmédica fue en promedio un 27% menor que para los beneficiarios de otras isapres. La visita por médico tratante a enfermo hospitalizado tuvo un 86% de menor copago para los beneficiarios de la isapre Banmédica. El día cama medicina y especialidades (3 o más camas pensionado o medio pensionado), el día cama medicina y especialidades (1 cama con baño), el día cama obstetricia y ginecología (1 cama con baño), el día cama UCI y el día cama UTI tuvieron copagos de 93%, 22%, 68%, 63% y 63% menor respectivamente para los beneficiarios de la isapre Banmédica en comparación con los beneficiarios de otras isapres.

Respecto al precio de las prestaciones hospitalarias que enfrentaron los beneficiarios de Banmédica, en la Clínica Santa María en la modalidad de prestador preferente, los derechos de pabellón (tipo 5, 6, 7 y 10) representan el doble que el precio de estas prestaciones para los beneficiarios de las otras isapres atendidos en este prestador bajo la modalidad libre elección. Los precios del día cama medicina y especialidades (3 o más camas pensionado o medio pensionado), el día cama medicina y especialidades (1 cama con baño) y el día cama UCI fueron 10%, 11% y 6% mayores respectivamente para los beneficiarios de Banmédica. Al contrario, los precios de la visita por médico tratante a enfermo hospitalizado y el día cama obstetricia y ginecología (1 cama con baño) fueron 6% y 22% menores para los

beneficiarios de Banmédica. No hubo diferencias de precio entre estos tipos de usuarios en el día cama UTI.

La tasa de uso de las prestaciones hospitalarias de los beneficiarios de Banmédica versus los beneficiarios de las otras isapres en la Clínica Santa María fue, en promedio, un 50% menor para los diversos tipos de derechos de pabellón. La visita por médico tratante a enfermo hospitalizado y el día cama UTI presentaron una tasa de uso de un 17% y un 8% mayor respectivamente cuando se trató de los beneficiarios de Banmédica versus los beneficiarios de las otras isapres en la Clínica Santa María. Las tasas de uso del día cama medicina y especialidades (3 o más camas pensionado o medio pensionado), el día cama medicina y especialidades (1 cama con baño), el día cama obstetricia y ginecología (1 cama con baño) y el día cama UCI fueron 58%, 3% 11% y 7% menores respectivamente para los beneficiarios de Banmédica en la modalidad de prestador preferente versus los beneficiarios de las otras isapres atendidos en este prestador bajo la modalidad de libre elección.

5.3.2.2 isapre Consalud versus otras isapres

La isapre Consalud concentra la atención hospitalaria en la modalidad de prestador preferente a sus beneficiarios básicamente en las Clínicas Avansalud y Bicentenario. Estas dos clínicas reúnen el 89% de los días cama utilizados por sus beneficiarios en la modalidad de prestador preferente. Sólo el 11% de los días cama usados por beneficiarios de Consalud en la modalidad de prestador preferente se llevaron a cabo en la Clínica Tabancura (para tablas de resultados, ver Anexos 4.3 y 5.2).

Por otra parte, sólo un 30% los beneficiarios de las otras isapres, hospitalizados en los prestadores del holding Consalud lo hacen en modalidad de prestador preferente y, de ellos, el 90% se hospitalizan en la Clínica Tabancura. Respecto a los beneficiarios de las otras isapres que usan prestadores del holding Consalud en la modalidad de libre elección, el 72% lo hacen en la Clínica Tabancura.

De lo anterior se desprende que los convenios del holding Consalud con las otras isapres para la atención hospitalaria de sus beneficiarios se encuentran orientados a la Clínica Tabancura, la que a su vez, atiende a una minoría de los beneficiarios de la isapre del mismo holding. Esta situación dificulta el análisis comparativo propuesto en nuestra metodología, por lo que para evitar cualquier confusión en la interpretación del análisis, se decidió no llevarlo a cabo.

6. Discusión y conclusiones

Antes de referirnos a los principales hallazgos de este estudio, es necesario puntualizar algunas dificultades y elementos de contexto que ayudan a entender mejor nuestros resultados.

- En relación a las dificultades, en primer lugar cabe señalar que respecto a las prestaciones hospitalarias, el estudio no considera los Honorarios Médicos Quirúrgicos (HMQ), pues no resulta del todo claro que los valores unitarios de los HMQ sean establecidos por los prestadores o isapre, sino más bien por los propios profesionales. Por otra parte, dependiendo del prestador, los HMQ pueden ser cobrados a través de sociedades de profesionales que pertenecen a un prestador o por sociedades de profesionales no vinculados necesariamente a un prestador específico o por el propio profesional directamente.

- Como parte importante del desarrollo del estudio se debieron esclarecer las relaciones de cada uno de los prestadores seleccionados con el fin de establecer la existencia a no de un RUT único. Para estudios futuros es aconsejable esclarecer las posibles relaciones de cada RUT de prestador con otros posibles vinculados a él, puesto que de otro modo se corre el riesgo de subestimar las relaciones y, por ende, los resultados encontrados.
- Respecto a los elementos de contexto, en primer lugar existe segmentación en la atención de los beneficiarios, dependiendo de la renta y la cotización pactada. Los beneficiarios de mayor renta imponible y mayor cotización pactada promedio, en una mayor proporción, reciben atención en prestadores bajo la modalidad de libre elección. Esta situación afecta no sólo a los beneficiarios del mismo holding, sino que a beneficiarios de características similares de otras isapres, que se atienden en dichos prestadores.
- En segundo lugar, existe evidencia que directores y/o administradores de isapres se desempeñaban como directores de prestadores de los holding estudiados (Informe de Fiscalización N°20/Mayo 2013, Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud). En el mismo informe, se identificaron funcionarios del holding desempeñando funciones estratégicas en la isapre y casa matriz del mismo holding. En respuesta a estos hechos, la Superintendencia de Salud ha impartido instrucciones a las isapres sobre la prohibición que tienen estas instituciones de participar en la administración de prestadores (Circular IF/ N°211 del 7 de Febrero de 2014).
- En tercer lugar, a pesar de que el origen de los beneficiarios que atiende cada prestador analizado, en su mayoría provienen de la isapre del mismo holding, no siempre dichas atenciones se realizan en la modalidad de prestador preferente. En el holding Banmédica, el 45% de las prestaciones trazadoras ambulatorias otorgadas a los beneficiarios de Vida Tres y el 54% otorgadas a los beneficiarios de Banmédica, fueron en la modalidad de prestador preferente. En cambio en el holding Consalud, el 64% de las prestaciones trazadoras ambulatorias otorgadas a los beneficiarios de Consalud, fueron en la modalidad de prestador preferente. Tratándose de las prestaciones hospitalarias, en el holding Banmédica el 54% de los beneficiarios de Vida Tres y el 57% de los beneficiarios de Banmédica recibieron su atención bajo la modalidad de prestador preferente. En el holding Consalud, el 54% de las prestaciones trazadoras hospitalarias otorgadas a los beneficiarios de Consalud fueron en la modalidad de prestador preferente.

Una fuente importante de información para la toma de decisiones de los usuarios del sistema radica en el contrato de salud, el que provee el porcentaje de bonificación y el tope (expresado ya sea en UF, veces arancel o los menos en pesos), así como la cartilla de prestaciones valorizadas que traduce dichos topes a pesos. En este contexto, la información relevante para el beneficiario es la cobertura de carátula y el listado de prestadores preferentes (si es que los posee) asociados a su plan y, basándose en dichas variables tomará la decisión de dónde atenderse. Sin embargo, los resultados del presente estudio, dan cuenta que no es sólo la cobertura efectiva (más que la de carátula³⁵), sino que los precios y la frecuencia de uso de las prestaciones determinados por los prestadores, los que en definitiva definirán el gasto de los beneficiarios. De allí la importancia de iniciativas que apunten en la dirección de disminuir las asimetrías de información entre aseguradores/prestadores y beneficiarios.

³⁵ Sánchez (2013) muestra que el 97,4% de los planes declaran coberturas superiores al 70%, donde sólo un 20% de ellos muestra coberturas efectivas de este orden.

La diversidad del pool de prestadores del holding y el evidente proceso de segmentación de la atención de los beneficiarios en la red de prestadores del mismo holding, determinan una heterogeneidad de los resultados que dificulta y complejiza la interpretación de los mismos. En adición a lo anterior, las dificultades respecto a la disponibilidad y claridad de información por parte de los usuarios, que caracteriza al mercado de la salud, influye también en que la demanda de ciertos prestadores no sea afectada a pesar de que, en términos de cobertura, copago y/o valores unitarios (precios), existan condiciones más favorables en otros prestadores del mismo holding o ajenos a éste.

De manera general, los resultados del estudio sugieren que, en relación al efecto intraisapre e independiente del holding analizado, en la atención ambulatoria la cobertura financiera efectiva es mayor cuando los beneficiarios de la isapre se atienden en el prestador vinculado al holding en la modalidad de prestador preferente, lo que a su vez también ha implicado que dichos beneficiarios enfrenten menores copagos por las prestaciones recibidas. En relación a la atención hospitalaria, en el Holding Consalud también se observa una mayor cobertura efectiva y un menor copago cuando los beneficiarios se atienden en el prestador vinculado al holding en la modalidad de prestador preferente, mientras que en el Holding Banmédica se aprecia el mismo efecto en una fracción importante de prestaciones, pero no en su totalidad. Sin embargo, el copago que debe asumir el beneficiario depende no sólo de la cobertura financiera efectiva, sino que también del precio y la frecuencia de uso de la prestación.

Respecto a los precios de las prestaciones, en los centros de atención ambulatoria de ambos holdings se observó en general un menor precio y mayor frecuencia de uso de prestaciones (especialmente de las consultas médicas), mientras que en el resto de los prestadores se aprecia mayores precios en la modalidad de prestador preferente respecto a libre elección. No se observa un patrón claro en la tasa de uso. Por su parte, respecto a la atención hospitalaria, en el Holding Consalud se observaron menores precios y menor frecuencia de uso de las prestaciones con excepción de derechos de pabellón, visita médico tratante y día cama medicina especialidades (3 camas), en el prestador vinculado al holding en la modalidad de prestador preferente respecto a libre elección. En el Holding Banmédica no es posible establecer relaciones respecto a los precios y frecuencia de uso de las prestaciones, ya que varían dependiendo de la isapre, del prestador y de la modalidad de atención.

De lo anterior, no ha sido posible identificar un patrón de comportamiento consistente respecto a precios y tasas de uso en el conjunto de prestaciones analizadas, donde los resultados dependen de la modalidad de atención, así como también del tipo de atención, del prestador o de la prestación específica analizada. Por tanto, es posible plantear que además de la segmentación de los beneficiarios, la integración vertical -expresada fundamentalmente en el uso del prestador preferente del holding- se puede asociar con una segmentación de precios según sea la isapre de origen del afiliado, el tipo de prestador y la modalidad de atención -preferente o libre elección- bajo la cual se atiende el beneficiario. Este hecho puede ser explicado por la capacidad del holding de poder segmentar a sus beneficiarios según su capacidad de pago y establecer precios diferenciados para el pool de prestaciones otorgadas en sus prestadores asociados.

Más allá de la mayor cobertura asociada a la modalidad de prestador preferente que ofrecen las isapres a través de sus planes de salud, la variabilidad de los precios y las diferencias en la frecuencia de uso de las prestaciones determinados por el prestador, no siempre se traducen en un beneficio neto para el usuario, pues el gasto final para el beneficiario está siendo afectado también por el mayor precio y/o mayor tasa de uso de algunas prestaciones otorgadas por el prestador del holding, en la modalidad de prestador preferente.

Respecto a la atención ambulatoria en el Holding Banmédica, los beneficiarios de las isapres Vida Tres y Banmédica presentaron una mayor, pero variable cobertura financiera efectiva en las prestaciones trazadoras. Esta variación fluctuó en un rango de 3-54% para los beneficiarios de Vida Tres y entre 1-48% para los beneficiarios de Banmédica. El precio de las prestaciones ambulatorias en la modalidad de prestador preferente fue menor en OMESA y mayor en los restantes prestadores del holding. OMESA representa el 23% y el 41% del total de prestaciones ambulatorias otorgadas a los beneficiarios de la isapre Vida tres y Banmédica, respectivamente. Sin embargo, los beneficiarios de Banmédica enfrentaron precios mayores en la modalidad de prestador preferente, en las Clínicas Dávila, Santa María y Vespucio, en cambio, los beneficiarios de Vida Tres sólo enfrentaron precios mayores en la Clínicas Dávila y Santa María. En relación a la tasa de uso de las prestaciones ambulatorias trazadoras, no existe un patrón homogéneo entre los prestadores del holding. Sin embargo en OMESA, con excepción del perfil bioquímico y la ecotomografía abdominal, el resto de las prestaciones presentaron entre un 9-17% de mayor uso en la modalidad de prestador preferente cuando los beneficiarios pertenecieron a Vida Tres. En el caso de los beneficiarios de Banmédica, las consultas médicas (electiva, de especialidades y por neurólogo) presentaron entre un 6-22% de mayor uso en la modalidad de prestador preferente.

En relación a la atención hospitalaria en el Holding Banmédica, lo primero que cabe señalar es que la mayoría de los beneficiarios de las isapres Banmédica y Vida Tres fueron atendidos en la modalidad de prestador preferente en los prestadores del holding. Sin embargo, los precios y las tasas de uso de las prestaciones (y la cobertura efectiva en menor medida) son muy heterogéneos en los prestadores del holding, sugiriendo la operación de distintos modelos de negocio y/o de gestión de los recursos disponibles en cada uno de estos prestadores.

En la Clínica Santa María, los beneficiarios de ambas isapres del holding Banmédica enfrentaron menores precios en los derechos de pabellón en la modalidad de prestador preferente. En cambio, el día cama medicina y especialidades (1 cama c/baño) y el día cama obstetricia y ginecología presentaron precios marginalmente mayores (2%) en la modalidad prestador preferente cuando se trató de beneficiarios de la isapre Vida Tres y marginalmente menores (2%), cuando los beneficiarios fueron afiliados a Banmédica. El día cama UCI y el día cama UTI exhibieron precios mayores (3%) en la modalidad de prestador preferente para los beneficiarios de Vida Tres y no hubo diferencias de precios entre las modalidades de prestador preferente y libre elección para los beneficiarios de Banmédica. Por otra parte, con la excepción del día cama obstetricia y ginecología, la frecuencia de uso de los otros días cama analizados fue menor en la modalidad de prestador preferente para los beneficiarios de Vida Tres. En cambio, para los beneficiarios de Banmédica, con la excepción del día cama medicina y especialidades (1 cama c/baño), los otros días cama presentaron una tasa de uso mayor (10-60%) en la modalidad de prestador preferente.

En la Clínica Dávila, los beneficiarios de ambas isapres del holding Banmédica enfrentaron mayores precios en los derechos de pabellón tipo 7 y 10 en la modalidad de prestador preferente. En cambio, el día cama medicina y especialidades (1 cama c/baño) y el día cama UCI presentaron precios 7% y 6% mayores respectivamente en la modalidad prestador preferente cuando se trató de beneficiarios de la isapre Vida Tres y marginalmente menor (2%) o no hubo diferencias (día cama UCI) cuando los beneficiarios fueron afiliados a Banmédica. En general, la tasa de uso de las prestaciones hospitalarias trazadoras fue menor en la modalidad de prestador preferente para los beneficiarios de ambas isapres en la Clínica Dávila. Sin embargo, el derecho de pabellón tipo 6 y la visita por médico tratante a enfermo hospitalizado fueron un 25% y 6% más usados en la modalidad de prestador preferente por los beneficiarios de Vida Tres y el derecho de pabellón tipo 5 y el día cama

obstetricia y ginecología (1 cama con baño) fueron un 10% y 30% más usados respectivamente en la modalidad de prestador preferente por los beneficiarios de Banmédica.

En el holding Consalud, la atención ambulatoria de los beneficiarios de la isapre Consalud se otorga en un 99,96% en Megasalud. La cobertura financiera efectiva para todas las prestaciones ambulatorias analizadas fue mayor en un rango de 3-28%. Las consultas médicas (electiva, de especialidades y por neurólogo) presentaron coberturas mayores (15%, 13% y 28%) en la modalidad de prestador preferente. En Megasalud, el precio de las prestaciones ambulatorias fue marginalmente menor (menos del 4%) en la modalidad de prestador preferente. Las consultas médicas electivas y de especialidades y la radiografía de columna lumbar presentaron respectivamente un 14%, 9% y 9% de mayor uso en la modalidad de prestador preferente en comparación con la modalidad libre elección. Al contrario, el ecocardiograma doppler color presentó una tasa de uso 10% menor en la modalidad de prestador preferente comparada con la modalidad de libre elección.

Respecto a la atención hospitalaria en el Holding Consalud, la mayoría de los beneficiarios de la isapre Consalud (54%) se atendieron bajo la modalidad de prestador preferente en los prestadores del holding. Sin embargo, y de igual manera que en el holding Banmédica, la cobertura efectiva, los precios y las tasas de uso de las prestaciones son muy heterogéneos en los prestadores del holding.

La Clínica Tabancura atendió al 57% de los beneficiarios de Consalud que requirieron atención hospitalaria. Con excepción del día cama medicina y especialidades (3 o más camas pensionado o medio pensionado), los beneficiarios enfrentaron menores precios en las restantes prestaciones trazadoras en la modalidad de prestador preferente. Sin embargo, la tasa de uso de las prestaciones trazadoras, especialmente del día cama medicina y especialidades (3 o más camas pensionado o medio pensionado) (-39%) y día cama UTI (-34%) fue menor en la modalidad de prestador preferente. La Clínica Avansalud atendió al 32% de los beneficiarios de Consalud que requirieron atención hospitalaria. Con excepción del día cama UCI, los beneficiarios enfrentaron menores precios en las restantes prestaciones trazadoras en la modalidad de prestador preferente. La tasa de uso de la visita por médico tratante a enfermo hospitalizado (-16%) y el día cama UCI (-65%) fueron menores en la modalidad de prestador preferente.

Por otra parte, del análisis comparativo del efecto interisapre de la integración vertical no resulta evidente que los beneficiarios de las isapres vinculadas al holding enfrenten mayores coberturas o menores precios que aquellos beneficiarios de otras isapres, que se atienden en los prestadores del holding. Más aún, existen prestaciones en las cuales los últimos obtienen menores precios y mayores coberturas que los propios beneficiarios de las isapres vinculadas a los prestadores del holding. Como muestra de esto, cabe mencionar que el precio de un TAC de abdomen ambulatorio en la Clínica Santa María varía dependiendo de la isapre del holding a la cual pertenece el beneficiario, la modalidad de prestador preferente o libre elección que use el mismo beneficiario y además se observa otro precio cuando se trata de un beneficiario de otra isapre y de la modalidad en que éste se atiende en el prestador del holding. El precio ambulatorio del TAC de abdomen en la Clínica Santa María ascendió a \$136.045 para un beneficiario de Banmédica y \$135.044 para un beneficiario de Vida Tres, ambos en la modalidad de prestador preferente. Por otra parte, la misma prestación tuvo un precio de \$132.511 para un beneficiario de Banmédica y de \$131.553 para un beneficiario de Vida Tres en la modalidad de libre elección. Finalmente, la misma prestación en el mismo prestador, tuvo un precio de \$131.097 para un beneficiario de otra isapre en la modalidad de prestador preferente y de \$136.592 en la modalidad de libre elección.

Respecto al efecto interisapre en la atención hospitalaria, en el Holding Banmédica la cobertura efectiva para los beneficiarios de las isapres vinculadas al holding atendidos en prestadores del mismo holding siempre es mayor en comparación a beneficiarios de otras isapres atendidos en cualquiera de las dos modalidades, en los prestadores del holding. Sin embargo, el copago (para todas las prestaciones analizadas) sólo es menor para los beneficiarios de las isapres vinculadas al holding en comparación a los beneficiarios de otras isapres que se atienden en prestadores del Holding Banmédica bajo la modalidad libre elección, no así con aquellos que se atienden bajo la modalidad prestador preferente. Es decir, no siempre una mayor cobertura implica per se un menor copago.

Más allá de cumplir con el objetivo planteado en este estudio, los resultados de nuestro análisis permiten sugerir que la integración vertical en el sector de los seguros privados de salud en nuestro país está siendo usada como una estrategia de negocio efectiva y eficiente para maximizar los ingresos del holding a través de la segmentación de la cartera de su isapre de acuerdo a su capacidad de pago, y distribuyendo a sus beneficiarios según este criterio en el pool de prestadores del mismo holding, asegurando de esta manera una óptima utilización de la capacidad instalada de cada uno de sus prestadores. Este hecho se aprecia con mayor nitidez en el caso de la atención hospitalaria de los beneficiarios del holding. A manera de ejemplo, los beneficiarios del holding Banmédica utilizaron más del 80% de los días cama medicina y especialidades (1 cama con baño), más del 88% de los días cama obstetricia y ginecología (1 cama con baño) y más del 70% de los días cama UCI bajo la modalidad de prestador preferente. Lo anterior demuestra un alto grado de “canalización” de los beneficiarios de la isapre del holding, hacia los prestadores del mismo holding.

De esta manera, el aparente beneficio de la integración vertical, desde la perspectiva de una mayor cobertura para los beneficiarios de una isapre, en que el prestador del mismo holding actúa como prestador preferente, puede verse atenuada por la convergencia del precio y/o de la frecuencia de uso de algunas prestaciones, las que actúan en sentido contrario de la cobertura. Más aún, algunos prestadores del holding ofrecen prestaciones con mejor cobertura y/o menor precio en la modalidad de prestador preferente a beneficiarios de isapres ajenas al holding.

Lo anterior, sugiere que la integración vertical a través de la oferta de “prestadores preferentes” con mayores coberturas para los afiliados a una isapre del holding, es una herramienta que le permite, por una parte, a las isapres del holding segmentar a sus beneficiarios en el pool de los prestadores del mismo holding, y por otra parte, permite a los prestadores del holding maximizar sus ingresos a través de la aplicación de precios diferenciados de ciertas prestaciones y de una mayor o menor intensidad en la frecuencia de uso de las mismas u otras prestaciones. Por otra parte, las “potenciales” mejores condiciones relativas en términos de coberturas y/o precios, para los beneficiarios pertenecientes a un determinado holding atendidos en modalidad de prestador preferente, pueden ser afectadas por factores comerciales decididos por el holding, como por ejemplo, las condiciones bajo las que se firma un convenio de atención entre un prestador del holding y otra isapre ajena al mismo, y cuyos beneficiarios pueden disfrutar de mejores condiciones de cobertura y/o precios, que aquellos de la(s) isapre(s) pertenecientes al mismo holding.

Finalmente cabe mencionar que dado que en Chile la ley señala que las isapres están impedidas de otorgar, en cualquier forma, prestaciones y beneficios de salud, y sólo podrán dedicarse al financiamiento de dichas prestaciones y demás beneficios de salud, lo que se cumpliría a través de prohibir que las isapres tuvieran el rol de asegurador y prestador, simultáneamente, así como impedir que las isapres tuvieran injerencia o participación en la administración de las entidades prestadoras, se considera trascendental, en virtud de los resultados de la fiscalización en la materia realizada por la Superintendencia de Salud, profundizar en dichas fiscalizaciones y estudiar eventuales cambios normativos que permitan mantener el espíritu de la ley con el fin de evitar transgresiones que atenten, en última instancia, contra los beneficiarios del sistema.

Por otra parte, los resultados de este estudio sugieren la necesidad de que el sistema de los seguros privados de salud cuente con un arancel único de prestaciones y con ello, no sólo reducir las brechas de información entre seguros-beneficiarios-prestadores, sino que también, que la atención de los usuarios de un holding, en la modalidad de prestador preferente en sus prestadores, accedan a beneficios netos mayores en términos de cobertura y/o precio, respecto a otros usuarios del holding que opten por la modalidad de libre elección en los mismos prestadores del holding u otro de su preferencia. Medidas de esta naturaleza, sin duda, contribuirán con una mayor transparencia y credibilidad en el sistema privado de salud en nuestro país.

Referencias

- Arrow, K. (1963).** "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care". *The American Economic Review*, Vol. 53, No. 5.
- Burns, L., Pauly, M. (2002).** "Integrated Delivery Networks: A Detour on the Road to Integrated Health Care?". *Health Affairs*, Vol 21, N°4.
- Castaña, R. (2004).** "Integración Vertical entre Empresas Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud". *Revista Gerencia y Políticas de Salud*.
- Church, J., Ware, R. (2000).** "Industrial Organization, and Strategic Approach". McGraw-Hill.
- Coase, R. (1937).** "The Nature of the Firm". *Economica*, Vol. 4.
- Copetta, C. (2013).** "Prestadores de Salud, isapres y Holdings: ¿Relación Estrecha?". Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud.
- Feldstein, M. (1971).** "Hospital Cost Inflation: A Study of Nonprofit Price Dynamics". *The American Economic Review*, Vol. 61, N°5.
- Gaynor, M., Haas-Wilson, D. (1999).** "Change, Consolidation and Competition in Health Care Markets". *Journal of Economic Perspectives*, Vol 13, N°1.
- Gaynor, M. (2006).** "Is Vertical Integration Anticompetitive?: Definitely Maybe (But That´s Not Final)". *Journal of Health Economics*, Vol. 25.
- Instituto Nacional de Estadísticas (2013).** "Metodología para la Elaboración de Indicadores Referenciales de Costos de las Instituciones de Salud Previsional – isapre".
- Malhotra, Naresh K (1997).** "Investigación de Mercado, un Enfoque Práctico". 2da edición, Pearson Education, capítulo 11.
- Miranda, E., Paredes, R. (1997).** "Competencia, Integración Vertical y Rendimiento en los Servicios de Salud Públicos y Privados de Chile". Banco Interamericano de Desarrollo, Documento de Trabajo R-306.
- Paredes, R. (1997).** "Integración Vertical: Teoría e Implicancias de Política Pública". *Estudios Públicos*, 66.
- Pontificia Universidad Católica de Valparaíso (2012).** "Mercado de la Salud Privada en Chile". Estudio solicitado por la Fiscalía Nacional Económica.
- Restrepo, J., Lopera, J. y Rodríguez, S. (2007).** "La Integración Vertical en el Sistema de Salud Colombiano". *Revista de Economía Institucional*, Vol. 9, N° 17.
- Sánchez, M. (2013).** "Cobertura Financiera de los Planes de Salud de isapres". Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud.
- Superintendencia de Salud (2006).** Memorandum N° 23, Fiscalía, Superintendencia de Salud.
- Superintendencia de Salud (2013).** "Análisis de la participación de isapres en la administración de entidades prestadoras de salud". Informe de Fiscalización n° 20, Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, Superintendencia de Salud.
- Tarziján, J. (2003).** "Revisando la Teoría de la Firma". *ABANTE*, Vol 6, N°2.

Anexos

Anexo 1. Resumen de principales teorías de la firma y su relación con el trabajo de Coase (1937)

Pilares fundamentales de Coase (1937)	Principales autores (posteriores a Coase)	Principales ideas: Existencia y límites de la firma está determinada por.....	Principales conclusiones
Existencia y límite de la firma en función del ahorro de costos de transacción de utilizar el mercado.	Williamson (1975, 1985); Klein, Crawford y Alchain (1978).	Ahorro de costos de transacción que surgen ex post por imposibilidad de "firmar" contratos completos.	Cuanto más específico es un activo, más conveniente es integrarlo a la empresa.
	Grossman y Hart (1986); Hart y Moore (1990); Hart (1995).	Importancia de derechos de propiedad sobre flujos residuales de activos y complementariedad de activos bajo propiedad común.	Una firma está compuesta por activos complementarios, ya que es en ellos donde los derechos de propiedad sobre los flujos residuales son más importantes.
Existencia y límites de la firma en función del ahorro de costos de coordinación de producir internamente.	Holmstrom y Milgrom (1994); Holmstrom (1999) y Holmstrom y Hart (2002).	Mejores sistemas de incentivos a trabajadores en labores de múltiples tareas, facilitando coordinación y eficiencia de actividades complementarias y con externalidades entre ellas.	Las actividades que serán realizadas por una misma firma serán aquellas que por su naturaleza, complementariedad y complejidad requieran de una mayor coordinación y de un sistema de incentivos más integrado.
	Kogut y Zander (1992); Monteverde (1995); Grant (1996); Morán y Goshal (1996).	Desarrollo, coordinación y diseminación del conocimiento que surge de actividades específicas que realiza la empresa (rutinas, lenguaje, etc.).	La firma se justifica por coordinación de conjunto de actividades que son una fuente valiosa de conocimiento y capacidades.
	Alchain y Demsetz (1972).	Disminución de conflictos de interés en coordinación de miembros de equipo necesario para producción cuando hay información imperfecta del comportamiento de cada uno.	Problema de monitoreo se supera a través de entrega de derechos residuales de propiedad al que esté dispuesto a coordinar y vigilar el comportamiento del equipo; donde estos derechos representan la firma.
	Jensen y Meckling (1976).	Minimizar problemas de agencia entre diferentes participantes de relaciones contractuales.	La firma es un conjunto de relaciones contractuales entre diversos constituyentes que tienen como objetivo coordinar sus actividades y disminuir conflictos de interés entre las partes.
	Baker, Jensen y Murphy (1988).	Coordinar las relaciones entre principales y agentes a través del adecuado establecimiento de incentivos.	El límite de la firma viene determinado por la capacidad que tenga para realizar la coordinación entre principales y agentes.

Fuente: Tarziján (2003).

Anexo 2. Motivaciones y estrategias para la integración vertical

Motivos para la Integración Vertical	Características Generales
Costos de transacción	Costos directos de negociar y redactar los contratos contingentes, supervisión del incumplimiento y las ineficiencias de las inversiones ex ante y ex post.
Consideraciones estratégicas	Incremento de las barreras a la entrada: aumento de los costos de los rivales y disminución del número de oferentes. Circunstancias reguladoras. Eliminar la competencia disminuyendo el precio del producto al tiempo que se eleva el precio de los insumos. Mantener la disciplina oligopólica. Mover las barreras para mantener las estrategias de los grupos.
Ventajas en el precio del producto y de los insumos	El productor con integración vertical puede evadir los precios de monopolio que fijan las firmas upstream Eficiencia en la asignación de los recursos. Discriminación de precios. Monopolios bilaterales y sucesivos.
Incertidumbre en precios y costos	Asimetrías de información entre las partes. Incertidumbre en la oferta de insumos y en la venta de la producción.

Fuente: Restrepo et al. (2007).

Anexo 3. Códigos y glosas prestaciones seleccionadas según tipo de atención

Tipo de Atención	Código Prestación	Prestación
Ambulatoria	3	Sala de Procedimientos 3
	101001	Consulta Médica Electiva
	101002	Consulta Médica de Neurólogo, Neurocirujano, Otorrinolaringólogo, Geriatra u Oncólogo, Endocrinólogo, Reumatólogo y Dermatólogo
	101003	Consulta Médica Especialidades
	302075	Perfil Bioquímico (determinación automatizada de 12 parámetros)
	401070	Tórax (frontal y lateral) (incluye fluoroscopia) (2 proy. panorámicas) (2 exp.)
	403014	Abdomen (hígado, vías y vesícula biliar, páncreas, bazo, suprarrenales y riñones) (40 cortes 8-10 MM.)
	404003	Ecotomografía Abdominal (incluye hígado, vía biliar, vesícula, páncreas, riñones, bazo, retroperitoneo y grandes basos)
	405007	Columna Lumbar
	1701045	Ecocardiograma Doppler Color
Hospitalaria	5	Pabellón para Cirugías 5
	6	Pabellón para Cirugías 6
	7	Pabellón para Cirugías 7
	10	Pabellón para Cirugías 10
	101008	Visita por Médico Tratante a Enfermo Hospitalizado
	202101	Día Cama de Hospitalización Medicina y Especialidades (sala 3 camas o más de pensionado o medio pensionado)
	202104	Día Cama de Hospitalización Medicina y Especialidades (sala 1 cama con baño)
	202116	Día Cama de Hospitalización Obstetricia y Ginecología (sala 1 cama con baño)
	202201	Día Cama Hospitalización Adulto en Unidad de Cuidado Intensivo (U.C.I.)
	202301	Día Cama Hospitalización Adulto en Unidad de Tratamiento Intermedio (U.T.I.)

Anexo 4.1. Variables de interés prestaciones ambulatorias para beneficiarios de Banmédica atendidos en prestadores vinculados

Prestador	Código Prestación	Modalidad de Atención									
		Libre Elección					Prestador Preferente				
		Frecuencia	% Cobertura	Copago p/c (\$)	V. U. Prom. (Precio)	Tasa uso p/c	Frecuencia	% Cobertura	Copago p/c (\$)	V. U. Prom. (Precio)	Tasa uso p/c
Clínica Alameda	3	760	0,42	24.160	41.612	1	2.275	0,78	9.085	42.214	1,1
	101001	5.583	0,75	2.513	10.220	1,6	18.053	0,8	1.983	9.675	1,7
	101002	4.263	0,69	4.652	15.132	1,5	15.529	0,75	3.696	15.031	1,6
	101003	12.981	0,7	3.840	12.874	2	56.288	0,76	2.932	12.218	2,4
	401070	86	0,73	4.627	17.098	1	1.559	0,81	3.292	17.101	1,1
	403014	60	0,67	29.220	89.594	1,1	942	0,85	14.338	92.658	1,1
	404003	118	0,68	8.960	27.807	1	1.894	0,78	6.107	27.811	1
	405007	36	0,74	37.420	144.727	1	782	0,88	15.626	131.082	1
	1701045	481	0,67	25.714	78.020	1	1.159	0,8	15.581	78.024	1
	Clínica Dávila	3	1.987	0,49	17.317	33.882	1,1	1.099	0,52	15.941	33.340
101001		14	0,62	9.919	26.104	1	28	0,4	14.895	24.793	1
101002		2	0,47	10.650	20.000	1	1	0,27	18.300	25.000	1
101003		106	0,49	12.258	24.115	1,3	16	0,53	9.194	19.744	1,2
302075		6.345	0,56	3.495	7.934	1,3	3.734	0,62	3.126	8.303	1,2
401070		2.240	0,55	11.579	25.474	1,1	3.011	0,75	7.201	28.686	1,1
403014		1.046	0,48	61.428	119.240	1,1	1.120	0,76	32.272	133.268	1,1
404003		1.523	0,54	15.326	33.317	1	1.356	0,73	10.202	37.518	1
405007		229	0,6	77.670	192.489	1	123	0,68	61.354	194.465	1,1
Clínica Santa María		3	2.800	0,25	53.257	70.847	1,2	1.717	0,34	46.392	70.198
	101001	13.726	0,39	22.096	36.255	1,3	11.594	0,71	10.976	37.314	1,3
	101002	47.435	0,58	10.227	24.435	1,9	13.273	0,78	5.355	24.017	1,9
	101003	137.052	0,62	8.650	22.534	2,7	42.381	0,77	5.313	22.615	2,8
	302075	11.287	0,45	6.656	12.122	1,3	9.217	0,72	3.400	12.180	1,2
	401070	3.926	0,48	16.683	31.895	1,1	4.051	0,73	8.597	32.346	1,1
	403014	1.415	0,49	67.128	132.511	1,1	1.069	0,75	33.876	136.045	1,1
	404003	2.595	0,48	21.787	41.842	1	2.318	0,74	11.057	42.128	1
	405007	541	0,49	133.767	261.737	1	576	0,77	60.893	262.540	1
	1701045	1.879	0,64	31.631	86.674	1	1.073	0,75	21.944	86.671	1,1
Clínica Vespucio	3	447	0,55	19.334	43.162	1,1	295	0,8	9.130	44.817	1,1
	101001	6.066	0,52	9.958	20.545	1,2	9.201	0,66	8.379	24.709	1,3
	101002	6.132	0,64	5.610	15.753	1,6	3.522	0,75	3.887	15.264	1,5
	101003	24.654	0,68	4.045	12.553	2,3	17.307	0,74	3.166	12.334	2,4
	302075	88	0,99	102	10.332	1	45	1	-	10.810	1
	401070	875	0,67	8.142	24.837	1,1	1.442	0,8	4.900	25.021	1,1
	403014	425	0,73	32.468	118.100	1,1	466	0,86	16.374	118.349	1,1
	404003	748	0,67	10.764	32.449	1	851	0,82	5.941	32.980	1
	405007	80	0,73	37.194	139.505	1	99	0,83	23.565	135.701	1
	1701045	221	0,58	41.133	97.503	1	127	0,71	24.543	84.671	1
OMESA	3	380	0,42	23.493	40.686	1	780	0,8	8.880	43.624	1
	101001	26.880	0,72	3.243	11.509	1,8	77.744	0,79	2.185	10.442	2,1
	101002	10.923	0,63	6.536	17.726	1,6	29.971	0,77	3.981	17.203	1,7
	101003	37.410	0,68	4.487	14.197	2,1	131.874	0,77	3.019	13.312	2,7
	302075	6.223	0,62	3.124	8.135	1,2	33.255	0,79	1.478	7.050	1,1
	401070	612	0,72	4.958	17.937	1,1	7.061	0,8	3.510	17.467	1,1
	403014	44	0,68	31.181	96.133	1,1	696	0,83	16.566	95.306	1,1
	404003	529	0,71	7.261	25.267	1	6.557	0,76	5.943	25.264	1
	405007	19	0,6	71.906	180.553	1,3	504	0,87	19.872	154.234	1
	1701045	455	0,67	26.022	78.085	1	565	0,79	16.242	78.043	1

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 4.2. Variables de interés prestaciones ambulatorias para beneficiarios de Vida Tres atendidos en prestadores vinculados

Prestador	Código Prestación	Modalidad de Atención									
		Libre Elección					Prestador Preferente				
		Frecuencia	% Cobertura	Copago p/c (\$)	V. U. Prom. (Precio)	Tasa uso p/c	Frecuencia	% Cobertura	Copago p/c (\$)	V. U. Prom. (Precio)	Tasa uso p/c
Clínica Alameda	3	75	0,43	23.828	41.519	1,1	60	0,91	4.092	43.645	1,2
	101001	452	0,77	2.386	10.452	1,5	707	0,79	2.112	9.849	1,7
	101002	335	0,72	4.279	15.193	1,5	594	0,8	2.994	15.251	1,7
	101003	1.092	0,73	3.588	13.277	1,8	1.789	0,79	2.696	12.714	2,1
	401070	5	0,69	5.378	17.108	1	84	0,81	3.243	17.094	1,1
	403014	2	0,55	42.381	94.535	1	39	0,87	12.132	94.045	1,1
	404003	10	0,63	10.229	27.782	1	113	0,83	4.655	27.806	1,1
	405007						43	0,91	12.550	135.790	1
1701045	69	0,69	24.386	77.998	1	29	0,95	3.874	78.070	1,1	
Clínica Dávila	3	226	0,51	16.791	34.156	1,1	77	0,53	15.478	32.853	1,1
	101001										
	101002	1	0,7	7.500	25.000	1					
	101003	7	0,66	8.365	24.551	1,8	2	0,49	14.130	27.595	1
	302075	635	0,64	2.830	7.948	1,3	266	0,68	2.625	8.221	1,2
	401070	261	0,61	10.034	25.715	1,1	160	0,68	8.904	27.546	1,1
	403014	140	0,55	53.711	118.730	1,1	73	0,68	41.422	127.532	1
	404003	151	0,57	14.976	34.499	1	73	0,68	11.350	35.603	1
405007	18	0,63	73.539	196.782	1	12	0,76	46.770	198.775	1,1	
Clínica Santa María	3	618	0,28	51.723	71.497	1,1	619	0,44	39.673	71.270	1,1
	101001	3.009	0,45	19.947	36.131	1,3	3.757	0,7	10.965	36.902	1,3
	101002	9.913	0,63	9.111	24.367	1,8	5.218	0,74	6.366	24.102	1,9
	101003	29.922	0,66	7.738	22.501	2,7	17.410	0,73	6.139	22.550	2,9
	302075	2.514	0,53	5.660	12.103	1,3	3.085	0,73	3.307	12.141	1,2
	401070	884	0,54	14.711	31.716	1,1	1.244	0,73	8.777	32.674	1,1
	403014	318	0,54	60.199	131.553	1,2	361	0,74	35.512	135.044	1,1
	404003	578	0,56	18.408	41.854	1	731	0,74	11.069	42.114	1
405007	121	0,57	111.743	262.175	1,1	186	0,78	57.557	262.824	1	
1701045	394	0,66	29.854	86.538	1,1	330	0,75	21.918	86.552	1,1	
Clínica Vespucio	3	48	0,5	20.712	41.629	1,1					
	101001	839	0,57	10.222	23.800	1,3	99	0,7	4.789	16.058	1,3
	101002	673	0,69	5.147	16.379	1,6	157	0,7	4.848	16.068	1,4
	101003	2.524	0,7	3.970	13.161	2,2	741	0,69	4.097	13.138	2,3
	302075	2	0,65	4.409	12.655	1					
	401070	112	0,64	8.632	23.850	1,1	51	0,74	6.087	23.730	1,1
	403014	26	0,61	44.850	116.254	1	11	0,85	16.842	115.191	1
	404003	77	0,59	13.232	32.056	1	24	0,74	8.202	31.730	1
405007	5	0,88	18.107	152.960	1	1	0,8	27.940	139.700	1	
1701045	22	0,61	38.078	97.545	1,1	1	0,25	73.290	97.720	1	
OMESA	3	57	0,42	24.572	42.247	1	23	0,92	3.446	44.663	1,2
	101001	2.736	0,73	3.469	12.905	1,6	3.573	0,76	2.841	11.901	1,8
	101002	1.725	0,7	5.469	18.270	1,6	1.923	0,79	3.740	17.577	1,7
	101003	4.601	0,72	4.306	15.148	2	6.680	0,77	3.289	14.517	2,3
	302075	1.863	0,64	3.288	9.231	1,2	3.559	0,77	1.809	7.833	1,2
	401070	96	0,72	5.342	19.392	1	536	0,79	3.968	18.668	1,1
	403014	6	0,69	29.971	97.584	1	68	0,82	17.023	96.090	1,1
	404003	95	0,71	7.873	27.511	1	540	0,79	5.559	26.824	1
405007	10	0,7	56.130	190.000	1	51	0,87	23.490	174.144	1,1	
1701045	98	0,68	24.994	78.160	1	20	0,94	4.489	78.099	1	

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 4.3. Variables de interés prestaciones ambulatorias para beneficiarios de Consalud atendidos en prestadores vinculados

Prestador	Código Prestación	Modalidad de Atención									
		Libre Elección					Prestador Preferente				
		Frecuencia	% Cobertura	Copago p/c (\$)	V. U. Prom. (Precio)	Tasa uso p/c	Frecuencia	% Cobertura	Copago p/c (\$)	V. U. Prom. (Precio)	Tasa uso p/c
Clínica Avansalud	3	1.771	0,69	10.227	32.806	1,2					
	101001	12.057	0,59	6.165	14.990	1,9	17	0,77	4808,647059	21.217	1,1
	101002	140	0,55	9.523	20.978	1	1	1	0	2.255	1
	101003	44.331	0,59	7.326	17.673	2,2	1	0,85	3000	20.510	1
	302075	4.447	0,72	2.205	7.751	1,2					
	401070	890	0,65	7.337	21.068	1	1	0,7	6159	20.530	1
	403014	455	0,68	32.277	100.162	1,1					
	404003	1.318	0,66	9.903	28.877	1					
	405007	518	0,73	43.245	160.000	1					
	1701045	764	0,67	25.537	78.319	1					
Clínica Bicentenario	3	587	0,7	10.117	33.366	1,1					
	101001	31.964	0,61	7.048	17.886	1,8	19	0,79	5121,421053	24.869	1,1
	101002	143	0,65	5.621	16.218	1					
	101003	26.614	0,61	5.053	12.879	2	7	0,86	785,7142857	5.751	1,2
	302075	2.121	0,69	2.626	8.465	1,1					
	401070	1.942	0,65	8.823	25.069	1,1	1	0,7	9477	31.590	1
	403014	757	0,69	34.568	110.163	1,1					
	404003	1.287	0,64	10.993	30.950	1					
	405007	190	0,72	45.710	161.434	1					
	1701045	677	0,66	26.203	78.078	1,1					
Clínica Tabancura	3	956	0,63	20.884	56.032	1,3	2	0,66	17717,5	52.098	1
	101001	11.549	0,61	6.752	17.445	2,5	205	0,82	4490,697561	24.766	1,4
	101002	40	0,59	8.533	20.633	1					
	101003	27.210	0,61	7.454	19.125	2,5	26	0,86	1557,692308	11.320	1,3
	302075	3.440	0,66	3.789	11.263	1,2	6	0,74	3138,333333	11.955	1,2
	401070	875	0,65	8.605	24.397	1,1	7	0,78	4553,428571	21.063	1
	403014	300	0,67	37.710	113.666	1,1					
	404003	721	0,65	11.424	32.846	1	1	0,7	10346	34.488	1
	405007	212	0,71	62.692	214.020	1					
	1701045	576	0,66	30.619	91.064	1					
Megasalud	3	1.755	0,7	10.041	33.675	1,1	5.600	0,72	9316,737321	33.669	1,1
	101001	60.055	0,69	3.697	11.842	1,9	245.585	0,81	2202,774286	11.837	2,2
	101002	239	0,6	7.081	17.919	1	792	0,83	3133,871212	17.961	1
	101003	108.046	0,68	4.332	13.705	2,1	356.166	0,78	2907,6179	13.187	2,3
	302075	10.834	0,72	2.134	7.701	1,1	25.989	0,72	2144,521067	7.700	1,1
	401070	3.370	0,71	5.130	17.434	1,1	10.667	0,73	4660,068435	17.348	1,1
	403014	392	0,71	28.026	96.079	1,1	1.213	0,76	23049,48722	97.375	1,1
	404003	3.256	0,7	7.516	24.666	1	8.429	0,73	6483,290545	24.291	1
	405007	190	0,75	49.622	195.937	1	779	0,84	32086,85109	195.515	1,1
	1701045	685	0,66	28.754	84.157	1,1	1.219	0,68	26944,23872	85.107	1

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 4.4. Variables de interés prestaciones hospitalarias para beneficiarios de Banmédica atendidos en prestadores vinculados

Prestador	Código Prestación	Modalidad de Atención									
		Libre Elección					Prestador Preferente				
		Frecuencia	% Cobertura	Copago p/c (\$)	V. U. Prom. (Precio)	Tasa uso p/c	Frecuencia	% Cobertura	Copago p/c (\$)	V. U. Prom. (Precio)	Tasa uso p/c
Clínica Dávila	5	115	0,71	93.898	320.020	0,6	1.417	0,89	28.114	266.975	0,7
	6	84	0,66	201.766	599.421	0,4	998	0,88	63.004	529.249	0,4
	7	149	0,57	258.459	596.648	0,6	1.097	0,88	87.466	729.112	0,5
	10	49	0,71	424.741	1.485.082	0,4	356	0,9	154.178	1.609.033	0,4
	101008	24.586	0,62	11.534	30.282	7,1	14.699	0,91	2.598	29.975	5,8
	202101	889	0,96	2.348	53.206	7,6	3.456	0,94	3.240	53.617	6,3
	202104	1.742	0,68	40.356	125.218	3,6	11.667	0,89	13.866	122.271	3,1
	202116	265	0,68	35.215	110.153	2,4	4.917	0,84	17.392	109.219	2,7
	202201	852	0,8	60.268	305.460	8,4	3.385	0,94	17.505	305.027	8
	202301	1.529	0,68	76.448	238.348	6,7	4.894	0,93	15.512	230.598	4,3
Clínica Santa María	5	186	0,19	622.979	765.588	0,6	1.453	0,9	68.595	658.868	0,8
	6	224	0,24	565.937	746.187	0,6	1.341	0,89	72.954	681.255	0,6
	7	166	0,22	933.160	1.192.155	0,5	816	0,89	120.911	1.136.111	0,5
	10	56	0,33	1.478.912	2.207.585	0,4	357	0,91	176.125	1.869.690	0,5
	101008	21.168	0,63	11.803	31.616	5,7	3.651	0,95	1.624	32.019	6,8
	202101	1	0,33	185.362	275.600	1	3	0,97	9.187	271.267	1
	202104	3.672	0,38	163.602	264.661	3	15.346	0,91	23.511	258.331	3
	202116	507	0,44	123.807	219.732	3	3.643	0,86	30.008	216.119	3,3
	202201	439	0,53	192.635	407.201	2,8	1.014	0,92	33.142	406.612	2,9
	202301	1.170	0,49	185.698	364.751	3,6	3.527	0,91	32.721	362.978	4,2
Clínica Vespucio	5	102	0,86	58.948	411.485	0,5	172	0,88	42.087	365.791	0,5
	6	115	0,91	39.249	437.372	0,6	193	0,88	52.693	455.174	0,5
	7	113	0,87	91.595	712.187	0,4	222	0,87	79.660	635.143	0,4
	10	39	0,9	122.500	1.270.293	0,4	61	0,9	105.745	1.068.113	0,5
	101008	2.170	0,77	6.496	28.385	4,1	1.626	0,9	2.791	28.325	3,8
	202101										
	202104						21	0,96	4.560	114.577	4,2
	202116	301	0,94	6.236	103.047	3,1	921	0,8	20.432	103.793	3,4
	202201	22	1	-	306.559	3,7	21	0,82	52.661	296.005	2,3
	202301	453	0,91	21.632	241.976	1,8	418	0,92	19.894	241.476	1,6
OMESA	101008	1	0,43	16.360	28.805	1					

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 4.5. Variables de interés prestaciones hospitalarias para beneficiarios de Vida Tres atendidos en prestadores vinculados

Prestador	Código Prestación	Modalidad de Atención									
		Libre Elección					Prestador Preferente				
		Frecuencia	% Cobertura	Copago p/c (\$)	V. U. Prom. (Precio)	Tasa uso p/c	Frecuencia	% Cobertura	Copago p/c (\$)	V. U. Prom. (Precio)	Tasa uso p/c
Clínica Dávila	5	19	0,84	40.987	258.947	0,7	116	0,92	19.989	254.895	0,7
	6	7	0,8	149.434	744.566	0,3	70	0,89	64.492	578.601	0,4
	7	20	0,79	80.029	382.657	1	85	0,9	64.707	646.044	0,6
	10	7	0,7	272.736	911.791	0,5	38	0,9	110.516	1.148.750	0,5
	101008	3.908	0,68	9.719	30.561	7,9	414	0,98	646	30.504	8,4
	202101	229	0,95	2.606	51.998	6,5	416	0,94	2.976	52.743	6
	202104	307	0,89	12.935	115.080	4	1190	0,91	10.515	123.322	3,3
	202116	34	0,76	27.068	112.877	2,8	404	0,86	16.009	112.312	2,7
	202201	251	0,97	9.431	288.109	15,7	349	0,93	21.094	306.445	5,5
	202301	406	0,94	14.247	235.807	9,4	742	0,96	9.638	232.974	5,9
Clínica Santa María	5	20	0,37	575.759	916.006	0,5	413	0,9	73.364	712.451	0,7
	6	20	0,45	443.227	800.206	0,6	476	0,89	70.149	665.004	0,7
	7	9	0,33	1.185.489	1.770.180	0,3	281	0,88	143.492	1.167.027	0,5
	10	6	0,63	955.399	2.565.177	0,3	108	0,92	162.875	1.944.868	0,5
	101008	6.017	0,69	9.732	31.410	5,7	1137	0,92	2.615	31.356	4,7
	202101						1	1	-	275.600	1
	202104	502	0,64	92.016	255.447	3,8	5084	0,91	23.234	258.745	2,9
	202116	53	0,62	80.108	212.272	3,3	1506	0,85	31.759	217.477	3,6
	202201	87	0,71	116.414	396.460	5,4	394	0,93	29.361	408.377	2,6
	202301	188	0,72	101.263	357.381	4,8	1127	0,91	33.862	367.190	3,9
Clínica Vespucio	5	2	0,78	95.767	443.371	0,4	5	0,92	33.307	429.497	0,4
	6	5	1	-	366.877	0,8	10	0,9	35.634	374.958	0,6
	7	2	0,89	85.637	746.733	0,4	11	0,9	50.014	492.165	0,6
	10	-	1			0	2	0,91	125.952	1.474.009	0,3
	101008	153	0,57	12.414	28.722	4	8	0,78	6.058	28.096	2,7
	202101										
	202104										
	202116	6	0,8	19.792	100.037	3	51	0,89	12.401	109.781	3,4
	202201	1	0,48	160.628	307.471	1	5	0,9	29.393	293.928	1,7
	202301	18	0,73	66.053	248.352	2,6	16	0,86	34.127	240.330	1,3

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 4.6. Variables de interés prestaciones hospitalarias para beneficiarios de Consalud atendidos en prestadores vinculados

Prestador	Código Prestación	Modalidad de Atención									
		Libre Elección					Prestador Preferente				
		Frecuencia	% Cobertura	Copago p/c (\$)	V. U. Prom. (Precio)	Tasa uso p/c	Frecuencia	% Cobertura	Copago p/c (\$)	V. U. Prom. (Precio)	Tasa uso p/c
Clínica Avansalud	5	1.365	0,68	43.577	136.551	1,6	1.697	0,85	18.315	125.494	1,5
	6	932	0,82	23.028	126.686	1,5	1.438	0,92	10.137	119.464	1,6
	7	412	0,86	24.927	172.276	1,2	611	0,91	13.872	162.219	1,3
	10	321	0,88	39.881	332.030	1,2	559	0,93	22.632	332.821	1,2
	101008	160	0,63	10.930	29.181	7,3	194	0,65	9.997	28.660	6,3
	202101	1.619	0,82	14.679	82.813	1,3	2.687	0,92	6.739	82.501	1,3
	202104										
	202201	80	0,92	20.178	261.076	3,3	56	0,94	15.494	270.576	2
	202301										
	Clínica Bicentenario	5	155	0,68	46.177	145.967	1,3	822	0,88	14.188	122.547
6		183	0,69	50.039	162.017	1,1	1.248	0,9	15.168	155.918	1,1
7		191	0,74	46.420	176.027	1,1	1.412	0,9	15.359	160.936	1
10		70	0,81	80.479	428.300	1	394	0,93	31.288	420.944	1
101008		5.166	0,75	5.195	21.159	3,6	1.802	0,82	4.175	22.964	1,8
202101		1.477	0,71	27.127	94.865	2,5	9.197	0,9	9.118	94.182	2,4
202104											
202116											
202201		408	0,83	48.807	286.202	5,9	1.149	0,96	11.887	264.761	5,2
202301											
Clínica Tabancura	5	212	0,63	76.627	207.046	1,3	229	0,89	18.462	170.301	1,2
	6	274	0,69	54.242	177.840	1,2	370	0,88	21.178	172.552	1,1
	7	284	0,65	87.793	253.866	1,1	423	0,89	23.722	215.743	1,1
	10	148	0,83	54.589	317.979	1,2	93	0,91	35.038	389.652	1,1
	101008	2.620	0,73	8.885	32.822	7,9	1.573	0,77	7.412	32.598	4
	202101	3.617	0,78	19.433	88.555	4,3	3.158	0,9	10.003	96.899	3,1
	202104										
	202116										
	202201	760	0,92	24.358	287.600	6,7	469	0,98	6.135	283.975	5
	202301										

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 5.2. Variables de interés prestaciones hospitalarias para beneficiarios de isapres no pertenecientes al holding Banmédica ni Consalud atendidos en prestadores vinculados a dichos holdings

Holding	Prestador	Código Prestación	Modalidad de Atención											
			Libre Elección					Prestador Preferente						
			Frecuencia	% Cobertura	Copago p/c (\$)	V. U. Prom. (Precio)	Tasa uso p/c	Frecuencia	% Cobertura	Copago p/c (\$)	V. U. Prom. (Precio)	Tasa uso p/c		
		5	582	0,67	53.079	158.216	1,3	398	0,86	18.844	133.062	1,3		
		6	661	0,67	65.054	198.966	1,1	469	0,87	22.189	175.426	1,1		
		7	739	0,66	103.409	303.788	1,1	390	0,87	38.430	300.286	1		
		10	198	0,73	158.806	587.257	1,1	176	0,90	51.461	537.096	1		
	Clínica Dávila	101008	7.299	0,64	12.152	33.595	5,5	1.723	0,90	3.747	37.345	4,4		
		202101	1.907	0,72	26.430	95.637	3,2	2.546	0,85	14.811	99.525	2,7		
		202104	1.251	0,92	10.235	131.372	3							
		202116	607	0,73	35.676	131.259	2,8							
		202201	1.092	0,68	102.413	316.958	7,3	406	0,90	27.369	285.651	4,7		
		202301	1.140	0,75	64.325	261.758	5,8	157	0,91	23.413	251.268	3		
			5	1.726	0,68	93.965	295.412	1,3	800	0,88	36.573	298.623	1,3	
			6	1.960	0,69	104.531	337.410	1,2	998	0,89	33.322	293.599	1,1	
		7	1.221	0,66	187.194	542.859	1,1	737	0,88	58.292	499.551	1,1		
		10	483	0,73	211.961	790.193	1,1	221	0,88	93.538	801.905	1,1		
Banmédica	Clínica Santa María	101008	13.401	0,66	11.552	33.954	5,8	4.946	0,88	4.427	37.984	5		
		202101	1.180	0,50	122.541	246.754	2,4	416	0,90	20.340	198.043	3		
		202104	4.831	0,87	30.218	233.105	3,1	85	0,89	28.393	260.592	2,7		
		202116	802	0,67	92.392	275.771	3,7	369	0,89	28.467	267.438	3,4		
		202201	1.023	0,77	88.620	385.881	3,1	276	0,88	44.127	367.248	2,7		
		202301	2.283	0,76	88.934	362.304	3,9	753	0,84	59.689	371.460	3,3		
				5	192	0,77	34.103	149.558	1,2	96	0,85	21.359	141.844	1,2
				6	162	0,74	57.167	217.908	1,1	105	0,86	28.026	193.603	1,2
				7	330	0,69	94.559	308.999	1,1	121	0,85	41.439	278.896	1,1
				10	85	0,76	134.459	555.394	1	51	0,87	68.214	526.152	1,1
			Clínica Vespucio	101008	1.786	0,56	12.545	28.298	3,5	98	0,87	3.728	29.446	3,1
				202101	400	0,71	29.509	103.264	2	541	0,85	15.323	104.859	2,3
	202104	249		0,93	9.158	123.466	2,4	1	1,00	-	140.890	1		
	202116	136		0,77	32.006	140.877	2,6							
	202201	23		0,72	84.694	307.091	1,8	24	0,90	28.840	288.395	8		
	202301	158		0,75	64.884	257.797	2,3	38	0,90	14.514	145.141	5,4		
		5	653	0,70	60.309	198.494	1,3	399	0,88	25.455	210.223	1,1		
		6	790	0,75	46.038	181.294	1,2	461	0,92	16.180	203.424	1,1		
		7	385	0,73	64.692	242.850	1,1	243	0,93	19.650	261.206	1		
		10	160	0,79	107.566	501.935	1	140	0,93	38.524	539.872	0,9		
	Clínica Avansalud	101008	126	0,61	11.250	28.966	5,7	24	0,92	2.329	30.000	4,8		
		202101	3	0,93	4.669	70.817	1	4	0,93	5.066	72.180	1		
		202104	204	0,94	7.726	119.129	1,3	6	0,93	4.830	71.863	1		
		202201	38	0,91	28.294	311.857	3,5	7	0,90	37.661	368.189	1,2		
		202301	179	0,73	71.402	260.433	1,3	125	0,91	22.670	248.939	1,6		
			5	115	0,64	73.222	201.506	1,2	57	0,89	18.895	176.589	1,1	
		6	125	0,66	85.325	248.695	1,1	60	0,89	23.584	216.617	1,2		
		7	187	0,60	123.469	305.873	1	141	0,89	30.102	285.013	1		
		10	44	0,72	184.401	648.609	0,9	41	0,90	56.069	557.288	1,1		
	Clínica Bicentenari o	101008	1.263	0,56	13.555	30.654	3,3	476	0,89	3.395	30.119	4,2		
		202101	45	0,79	15.988	75.083	2,4	85	0,88	7.687	65.705	1,8		
		202104	394	0,81	26.824	139.948	2,7							
		202116	147	0,66	50.700	149.493	2,5							
		202201	137	0,69	99.785	322.178	3,8	18	0,84	51.748	331.777	2,6		
		202301	273	0,56	114.146	261.916	4,6	40	0,83	46.705	272.456	3,1		
			5	367	0,75	57.127	229.517	1,1	146	0,88	31.019	247.783	0,9	
		6	622	0,72	73.128	265.064	1,1	318	0,88	33.240	275.574	1		
		7	599	0,70	111.082	372.261	1,1	319	0,86	55.659	408.006	0,9		
		10	106	0,80	87.654	431.121	1	36	0,89	54.824	481.994	1		
	Clínica Tabancura	101008	4.571	0,63	13.205	35.413	5,1	1.604	0,82	6.671	36.806	4,2		
		202101	20	0,61	67.279	170.609	5							
		202104	1.379	0,85	27.211	181.003	2,6	430	0,86	27.049	187.992	2,4		
		202116	1.059	0,72	49.539	174.032	3,4	1.101	0,87	23.022	171.198	3,4		
		202201	217	0,83	54.383	315.550	3	127	0,93	24.070	353.775	6,4		
		202301	861	0,77	65.008	287.400	4,1	221	0,89	34.478	319.136	3,8		
	Megasalud	5	2	0,94	2.806	49.474	1							

Fuente: Elaboración propia.

Documento de Trabajo

Informe Técnico

Estudios Específicos IRCI 2014: Análisis de Integración Vertical IRCI

Elaborado por

*INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS
SUBDIRECCIÓN TÉCNICA
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS DE PRECIOS*

Para la Superintendencia de Salud

Resumen

El presente informe expone la metodología de cálculo de los cuatro indicadores IRCI que miden el gasto realizado por las isapre teniendo en cuenta únicamente el Plan Complementario (IVUFI, IVUBI, ICI e ICBI).

La metodología especificada en el informe, implica llevar a cabo los cálculos considerando de manera separada a aquellos prestadores que están integrados verticalmente y aquellos que no lo están. Por lo tanto, el principal objetivo de esta nueva metodología es medir y cuantificar el efecto que tiene el grado de integración vertical existente entre prestadores e isapre, sobre los resultados que se obtienen en los índices de valor unitario y cantidad que componen los IRCI.

La integración vertical se define como la agrupación en la misma empresa, o grupo de empresas, de varios procesos consecutivos pero separables, necesarios para la producción de un bien o servicio¹. En el caso del mercado de la salud privada en Chile, la integración vertical se produce entre prestadores e isapre, donde ambos forman parte de un mismo grupo empresarial que ofrece el servicio de prestaciones de salud junto con el seguro asociado a dicho servicio. De este modo, el aseguramiento y la prestación, se llevan a cabo por dos agentes que se relacionan de forma indirecta a través de un mismo holding.

El presente análisis se centra exclusivamente en aquellos prestadores de los que se tiene conocimiento que efectivamente se encuentran integrados verticalmente. Un análisis más completo requeriría que la Superintendencia entregase al INE la malla de propiedad detallada de cada holding controlador, sus respectivas inversiones en cada prestador y los RUT asociados a cada uno de ellos, pues prestadores en los cuales el holding mantiene propiedad directa no mayoritaria, podrían estar siendo controlados por los mismos propietarios a través de otras sociedades. Sin embargo, a la fecha no existe información pública disponible y la Superintendencia no tiene facultades de fiscalización y menos aún atribuciones legales para exigir dicha información².

La metodología utilizada para llevar a cabo los cálculos es exactamente la misma que se aplica sobre los IRCI convencionales, siendo la única diferencia, la cantidad de registros que se incluyen en el cálculo, puesto que al separar por grupos de prestadores las bases de datos con que se trabaja, disminuye la cantidad de registros con los que se construyen cada uno de los cuatro indicadores.

Para el presente proyecto piloto, se utiliza la misma información asociada al cálculo de los IRCI 2014, es decir, el periodo de cálculo corresponde a (octubre 2012-septiembre 2014), considerando el mismo proceso de validación de datos aplicado sobre los IRCI convencionales³. De este modo, a partir del Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas (AMPB), se selecciona para el plan complementario a aquellas prestaciones que facturan un 90% dentro del gasto en el período base (octubre 2012-septiembre 2013) en cada una de las modalidades, posterior a esto, se lleva a cabo la validación de datos y finalmente sobre dicha muestra validada se consideran a aquellos prestadores estipulados por la Superintendencia de Salud.

¹ Ventura Juan, "Análisis estratégico de la empresa", 2009.

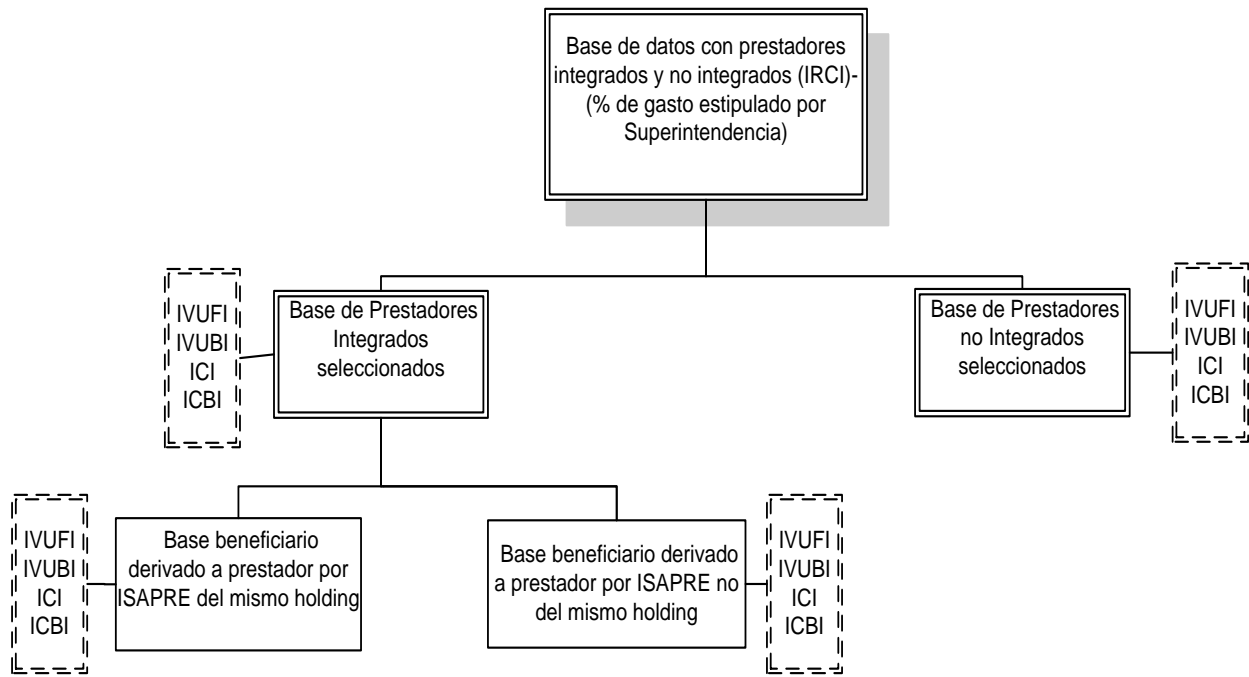
² Ver: Superintendencia de Salud, Departamento de Estudios y Desarrollo, "Prestadores de Salud, isapres y Holdings: ¿Relación estrecha?", 2013.

³ Para mayor detalle sobre el proceso de validación ver Anexo 5.

Enseguida se desagrega entre aquellos que se encuentran integrados y aquellos que no lo están en base a lo dictaminado por la Superintendencia de Salud. Una vez que se tienen las bases separadas, se lleva a cabo una segunda desagregación sobre los prestadores integrados, esta segunda separación corresponde a la selección de aquellos beneficiarios que se atendieron en un prestador integrado siendo derivados a éste por la isapre asociada al mismo holding y por otro lado, están aquellos beneficiarios que se atendieron en un prestador integrado, pero que no fueron derivados a éste por la isapre asociada al mismo holding.

El siguiente esquema resume la desagregación que se lleva a cabo:

Ilustración 1: Esquema desagregación integración vertical



Presentación

En el año 2005, la integración vertical quedó prohibida por ley para las isapre, de este modo, las competidoras de la industria pasaron a tener por objeto exclusivo el financiamiento de las prestaciones y beneficios de salud, y además se estableció que éstas en ningún caso pueden implicarse con la ejecución de dichas prestaciones y beneficios, ni participar en la administración de prestadores⁴.

Dicho lo anterior, la integración vertical en el mercado de las isapre surge a partir de los años noventa, fecha en la que las aseguradoras realizaron una serie de operaciones comerciales donde adquirieron total o parcialmente, centros médicos, clínicas y laboratorios, empleando de manera directa a profesionales de la salud a través de la formación de holdings. A raíz de esto, resulta importante corroborar si acaso la medición del costo operacional de las isapre abiertas a través de los Indicadores Referenciales de los Costos de Salud isapre (IRCI), se ve influenciada por la existencia de integración vertical entre las isapre y los prestadores, puesto que es posible que los valores unitarios y frecuencias de uso asociados a dichos prestadores difieran al de aquellos que no se encuentran integrados verticalmente, lo que hace necesario verificar la magnitud de dicha diferencia.

Desde el punto de vista económico, la integración vertical puede conllevar a resultados eficientes y en otros casos a resultados anticompetitivos⁵. Acorde a lo señalado por Caviedes (2013)⁶, la integración entre prestadores y aseguradoras (isapre) fomenta la optimización de los gastos en los que se debe incurrir al llevar a cabo las prestaciones, permite una mejor gestión de los riesgos asociados al aseguramiento de los cotizantes, disminuye los costos de transacción y las asimetrías de información existentes en el mercado, y finalmente, evita el sobreuso del servicio de prestaciones en un solo proveedor, lo que provoca una disminución de los gastos asociados al sobreuso de las prestaciones de salud. Por otro lado, acorde a lo señalado en el documento del Colegio Médico de Valparaíso⁷, la integración vertical permite la expansión operacional de una empresa, fundamentada en la minimización de costos y la maximización de sus utilidades, permitiendo en determinados casos, el logro de una mayor eficiencia. Dentro de los argumentos en contra de este tipo de estructura de mercado, están el hecho de que puede generar un aumento en la concentración del mercado a raíz de las fusiones, un sobre uso de prestaciones inducidas por la relación existente entre isapre y prestadores de un mismo holding (aumentos de costos), pérdida de flexibilidad, generación de barreras de entrada y aumento en los costos burocráticos, entre otros. En este aspecto, Caviedes (2013) también señala que el rol de estado es fundamental para que las desventajas de este tipo de interrelaciones no perjudiquen el funcionamiento general del mercado. En este sentido resulta necesario ejercer un control sobre la posible existencia de posiciones dominantes tanto entre isapre como entre prestadores.

⁴ Ver nota al pie número 1.

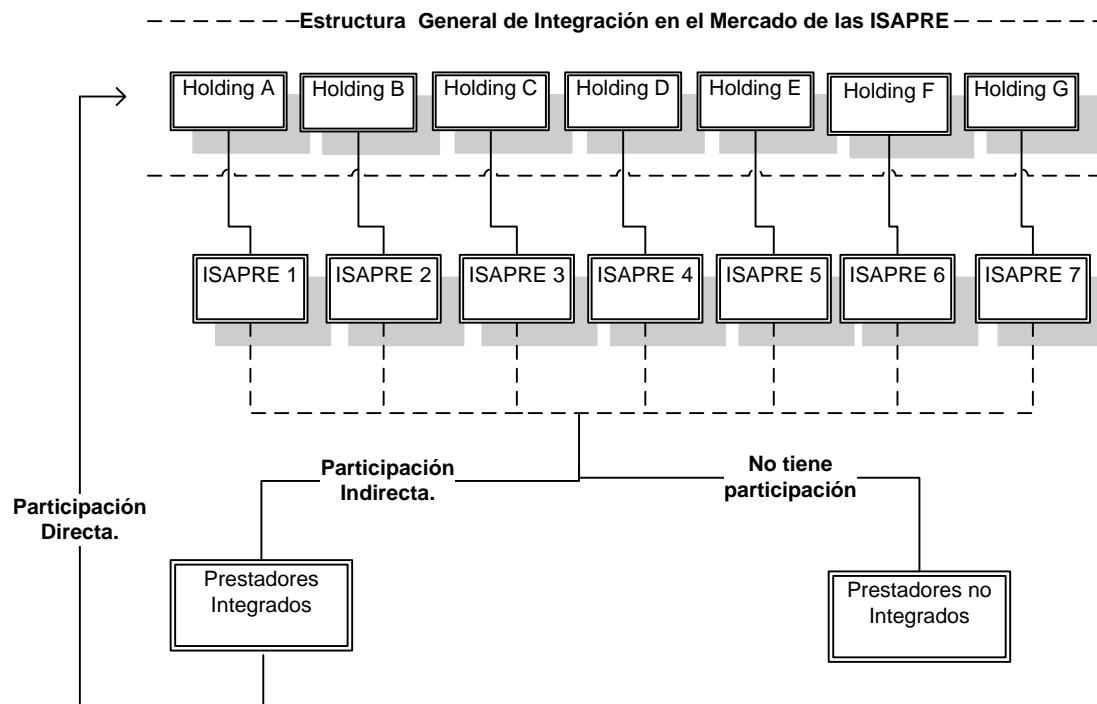
⁵ Ver: Motta Massimo, "Competition Policy, Theory and Practice", 2004.

⁶ Caviedes Rafael, artículo del diario El Mostrador, "Integración Vertical en Salud", 2013.

⁷

<http://www.colegiomedicovalparaiso.cl/uploaded/INFORME%20Libre%20competencia%20e%20Integraci%C3%B3n%20vertical.pdf>

Ilustración 2: Esquema explicativo de integración vertical en isapre



La ilustración 1 muestra la estructura existente en el mercado de las isapre, donde es posible observar que cada aseguradora pertenece a un determinado holding, el que a su vez es dueño de prestadores o laboratorios clínicos. De este modo, no existe una relación directa entre isapre y prestadores (por lo que cumplen con lo establecido por la ley), pero si se relacionan indirectamente al pertenecer a un mismo holding o grupo empresarial. Es importante tener en cuenta que no existe información lo suficientemente profunda como para determinar con exactitud el grado de integración de las isapre y a qué prestadores específicos están asociados. Sin embargo, a la fecha se tiene conocimiento de que la siete isapre abiertas trabajan con prestadores relacionados⁸.

Si bien los índices de valor unitario que componen los IRCI no miden de manera directa los precios, es posible tener un proxy de la diferencia que se genera en el valor unitario al comparar los cálculos entre prestadores integrados y no integrados, del mismo modo en que se pueden diferenciar los índices de cantidad y de este modo poder obtener una conclusión en base a cifras concretas y no supuestos teóricos de la influencia efectiva que tiene la integración vertical en el mercado de salud privada en Chile.

⁸ Ver: Superintendencia de Salud, Departamento de Estudios y Desarrollo, "Prestadores de Salud, isapres y Holdings: ¿Relación estrecha?", 2013.

Abreviaturas y acrónimos

AMPSB: Archivo Maestro de Prestaciones de Salud Bonificadas.

FONASA: Fondo Nacional de Salud.

ICBI: Índice de Cantidad Bonificado Isapre.

ICI: Índice de Cantidad isapre.

INE: Instituto Nacional de Estadísticas.

IRCI: Indicadores Referenciales de Costos de las Instituciones de Salud Previsional.

isapre: Instituciones de Salud Previsional.

IVUBI: Índice de Valor Unitario Bonificado isapre.

IVUFI: Índice de Valor Unitario Facturado de isapre.

MLE: Modalidad de Libre Elección.

1. Metodología de cálculo de los indicadores

Como se especificó en el apartado anterior, el método utilizado para llevar a cabo el cálculo de cada uno de los indicadores es el mismo que se implementó sobre los IRCI convencionales⁹ (IVUFI, IVUBI, ICI e ICBI), sin embargo, la diferencia radica en que en el presente estudio, se consideran por separado prestadores integrados y no integrados, y dentro del grupo de aquellos integrados se realiza una segunda separación entre aquellos beneficiarios que fueron atendidos por prestadores derivados por la isapre del mismo holding, y aquellos que no, de este modo en total, se calculan cuatro índices para cada una de las desagregaciones especificadas.

1.1 Índice de valor unitario facturado isapre (integrado y no integrado)

El Índice de Valor Unitario Facturado isapre (IVUFI) mide la variación de los valores unitarios facturados de las prestaciones de salud aranceladas que obligatoriamente deben ser cubiertas por las isapre a sus beneficiarios y que corresponden a las que establece la Modalidad de Libre Elección (MLE) del Fondo Nacional de Salud (FONASA).

El valor unitario de cada prestación corresponde al valor facturado por el prestador a la isapre, dividido por la cantidad (frecuencia de uso), incluyendo la parte del valor que es bonificado por la institución y el monto de copago de cargo del usuario, cuando corresponda. En consecuencia, no es una medida directa de los costos de operación que enfrenta la isapre, sino un indicador del valor total que cobran los prestadores.

El valor unitario facturado corresponde al conjunto de transacciones registradas en el período, considerando la totalidad de las isapre abiertas y al conjunto de los prestadores que otorgaron dichas prestaciones. No incluye el Impuesto al Valor Agregado (IVA), por cuanto los prestadores de salud y las isapre, se encuentran exentos¹⁰.

Se excluyen los valores unitarios de las mismas prestaciones, vigentes en el mercado, pero otorgadas por prestadores que no registran bonificaciones por parte de isapre abiertas, cuestión que se refiere principalmente a los prestadores del sistema público de salud.

A nivel agregado, el IVUFI se presentará deflactado por el Índice de Precios al Consumidor (IPC) del período correspondiente, como un indicador analítico. Se considerarán desagregaciones por tipo de atención, grandes grupos de prestaciones, grupos de prestaciones y prestaciones.

El IVUFI y su variación se calculan mensualmente.

1.2 Índice de cantidad isapre (integrado y no integrado)

El Índice de Cantidad isapre (ICI) mide la variación del quantum de las prestaciones de salud aranceladas que obligatoriamente son cubiertas por las isapre a sus beneficiarios y que corresponden a las que establece la Modalidad de Libre Elección (MLE) del Fondo Nacional de Salud (FONASA). Esta evolución está construida en base al valor facturado.

El ICI corresponde a la frecuencia de uso agregada del subsistema de isapre abiertas y en su construcción se considerarán desagregaciones por sexo, grupos etarios y tipo de atención en

⁹Para un mayor detalle véase, INE, Departamento de Estudios de Precios, Documento Técnico: Metodología para la elaboración de Indicadores Referenciales de Costos de las Instituciones de Salud Previsional – isapre, 2014.

¹⁰ Véase numeral 7, art. 13, del Decreto Ley 825 sobre Impuestos a las Ventas y Servicios.

la medida en que son relevantes para el análisis sanitario. A nivel agregado, el ICI se presentará ajustado por el número de beneficiarios, como un indicador analítico.

Por tratarse mayoritariamente de servicios de atención de salud, las cantidades reflejan las prestaciones efectivamente otorgadas por los prestadores, consumidas por los beneficiarios y financiadas por las isapre, de acuerdo a los registros proporcionados por la Superintendencia de Salud.

El ICI y su variación se calculan mensualmente.

1.3 Índice de valor unitario bonificado isapre (integrado y no integrado)

El Índice de Valor Unitario Bonificado isapre (IVUBI) mide la variación de los valores unitarios de las prestaciones de salud aranceladas que obligatoriamente deben ser cubiertas por las isapre a sus beneficiarios y que corresponden a las que establece la Modalidad de Libre Elección (MLE) del Fondo Nacional de Salud (FONASA).

El valor unitario de cada prestación corresponde al valor bonificado por la isapre, dividido por la cantidad. En consecuencia, es una medida directa de los costos de operación que enfrenta la isapre. El valor unitario bonificado corresponde al conjunto de transacciones registradas en el período, considerando la totalidad de las isapre abiertas y al conjunto de los prestadores que otorgaron dichas prestaciones. No incluye el Impuesto al Valor Agregado (IVA), por cuanto los prestadores de salud, y las isapre, se encuentran exentos.¹¹

Se excluyen los valores unitarios de las mismas prestaciones, vigentes en el mercado, pero otorgadas por prestadores que no registran bonificaciones por parte de isapre abiertas, cuestión que se refiere principalmente a los prestadores del sistema público de salud.

A nivel agregado, el IVUBI se presentará deflactado por el Índice de Precios al Consumidor (IPC) del período correspondiente, como un indicador analítico. Se considerarán desagregaciones por tipo de atención, grandes grupos de prestaciones, grupos de prestaciones y prestaciones.

El IVUBI y su variación se calculan mensualmente.

1.4 Índice de cantidad bonificado isapre (integrado y no integrado)

El Índice de Cantidad Bonificado isapre (ICBI) mide la variación del quantum de las prestaciones de salud aranceladas que obligatoriamente son cubiertas por las isapre a sus beneficiarios y que corresponden a las que establece la Modalidad de Libre Elección (MLE) del Fondo Nacional de Salud (FONASA). Esta evolución está construida en base al valor bonificado.

El ICBI corresponde a la frecuencia de uso agregada del subsistema de isapre abiertas y en su construcción, se considerarán desagregaciones por sexo, grupos etarios y tipo de atención en la medida en que son relevantes para el análisis sanitario. A nivel agregado, el ICBI se presentará ajustado por el número de beneficiarios, como un indicador analítico.

Por tratarse mayoritariamente de servicios de atención de salud, las cantidades reflejan las prestaciones efectivamente otorgadas por los prestadores, consumidas por los beneficiarios y financiadas por las isapre, de acuerdo a los registros proporcionados por la Superintendencia de Salud.

El ICBI y su variación se calculan mensualmente.

¹¹ Véase numeral 7, art. 13, del Decreto Ley 825 sobre Impuestos a las Ventas y Servicios.

2. Ámbito temporal y geográfico de los indicadores

2.1 Período de referencia de los índices

El período de referencia o base de todos los índices considerados, en el cual se fija el valor 100 y todos los indicadores se comparan con dicho período, será el período comprendido entre octubre de 2012 y septiembre de 2013¹².

Este período, se actualizará anualmente, cada vez que se realice el cálculo de resultados.

2.2 Período de referencia o análisis del valor unitario y cantidades.

El período de referencia de los valores unitarios y cantidades, para todos los indicadores, será el período comprendido entre octubre de 2012 y septiembre de 2013.

Los valores unitarios y cantidades del período siguiente, se compararán con los valores unitarios y cantidades del período de referencia.

2.3 Período de referencia de las ponderaciones de valor unitario y cantidades

IVUFI e IVUBI

El período de referencia para las ponderaciones de los índices de valor unitario será el período comprendido entre octubre de 2012 y septiembre de 2013 y se actualizarán anualmente.

ICI e ICBI

El período de referencia para las ponderaciones de los índices de cantidad será el período comprendido entre octubre de 2013 y septiembre de 2014 y se actualizarán anualmente.

2.4 Ámbito geográfico de los indicadores y cobertura

Los cuatro indicadores poseen cobertura y representatividad a nivel nacional. Se incluyen solamente las isapre denominadas abiertas, realizando el cálculo de manera separada para cada desagregación.

2.5 Ponderaciones

En los índices IVUFI e IVUBI, se utilizará como ponderador el valor total facturado y bonificado respectivamente, por prestación, obtenido del AMPSB para el período comprendido entre octubre de 2012 a septiembre de 2013, lo que permite el análisis del componente de valor unitario asociado al agregado de valor.

Para el establecimiento de las ponderaciones se considerará el total del gasto facturado o bonificado, según sea el caso, por prestación, a valores unitarios corrientes del período base.

En los índices ICI e ICBI, se utilizará como ponderador el valor total facturado y bonificado respectivamente, por prestación, obtenido del AMPSB para el período comprendido entre

¹² Véase Anexo 4: Cálculo del Año Base.

octubre de 2013 a septiembre de 2014, lo que permite el análisis del componente de cantidad asociado al agregado de valor¹³.

Todos estos índices, se medirán a diferentes niveles de agregación, tales como Grupos de Prestaciones, Grandes Grupos de Prestaciones y Tipos de Atención. En todos los casos, las ponderaciones corresponden a lo efectivamente facturado o bonificado, según sea el caso, en las transacciones realizadas. En el caso de los índices de valor unitario, dichas transacciones están referidas a los valores facturados y bonificados en el período base y para el caso de los índices de cantidad, a los valores facturados y bonificados en el período corriente. El valor facturado y bonificado total del período para ambos casos, queda acotado exclusivamente a las prestaciones o del arancel MLE del FONASA que constituye el Plan Complementario.

Las ponderaciones son fijas y constantes en el tiempo, en todos los niveles de agregación de los índices.

3. Cálculo del índice de valor unitario facturado y bonificado isapre (IVUFI e IVUBI)

3.1 Etapas y niveles

La construcción del IVUFI y del IVUBI, se realiza básicamente en dos etapas: índice de nivel elemental e índices de nivel superior.

Nivel elemental

En la primera etapa y nivel, se trabaja con los datos de valor unitario facturado para el IVUFI o valor unitario bonificado para el IVUBI, de cada prestación de salud, el cual está determinado por la división entre la suma del valor facturado y la cantidad total a nivel de prestación por mes para el IVUFI y de la división entre el valor bonificado y la cantidad total a nivel de prestación por mes para el IVUBI. En ambos casos, el valor obtenido resulta ser una medida indirecta del precio de cada prestación.

Para ambos indicadores, el agregado elemental, corresponde al índice de variación más básico, generado a partir de los ratios de los valores unitarios facturados o bonificados del mes corriente con respecto al mes anterior, para cada prestación, según corresponda.

Nivel superior

En la segunda etapa se construyen el conjunto de índices de nivel superior, incluyendo su nivel general o más agregado, IVUFI, para valores unitarios facturados, e IVUBI para valores unitarios bonificados.

Este procedimiento se realiza agregando, primero, los índices elementales a nivel de prestación en grupos de prestaciones.

¹³ Una de las principales mejoras metodológicas de los IRCI en su versión 2014, fue la construcción de índices de cantidades de Paasche. La razón de tal decisión es que si se desea medir el agregado de valor más correcto algebraicamente es multiplicar un índice de precios (valor unitario) de Laspeyres por un Índice de cantidad de Paasche, tal como lo señala la teoría de números índice.

Posteriormente, estos índices se agregan a nivel de grupos de prestaciones de salud, luego a nivel de grandes grupos de prestaciones de salud, enseguida a nivel de tipo de atención y, finalmente, a nivel general.

En esta segunda etapa se trabaja sólo a partir de los ratios de valores obtenidos en el nivel de agregados elementales, utilizando como método de agregación la media aritmética en cada caso, ponderada por el valor facturado correspondiente al nivel de agregación siguiente, para el caso del IVUFI, y para el IVUBI, ponderada por el valor bonificado correspondiente al nivel de agregación siguiente.

Se utiliza la media aritmética en todos los niveles de agregación dado que se asume nulo o bajo grado de sustitución entre prestaciones, Grupo de Prestaciones, Grandes Grupos de Prestaciones y Tipos de Atención.

Ilustración 3: Estructura IVUFI

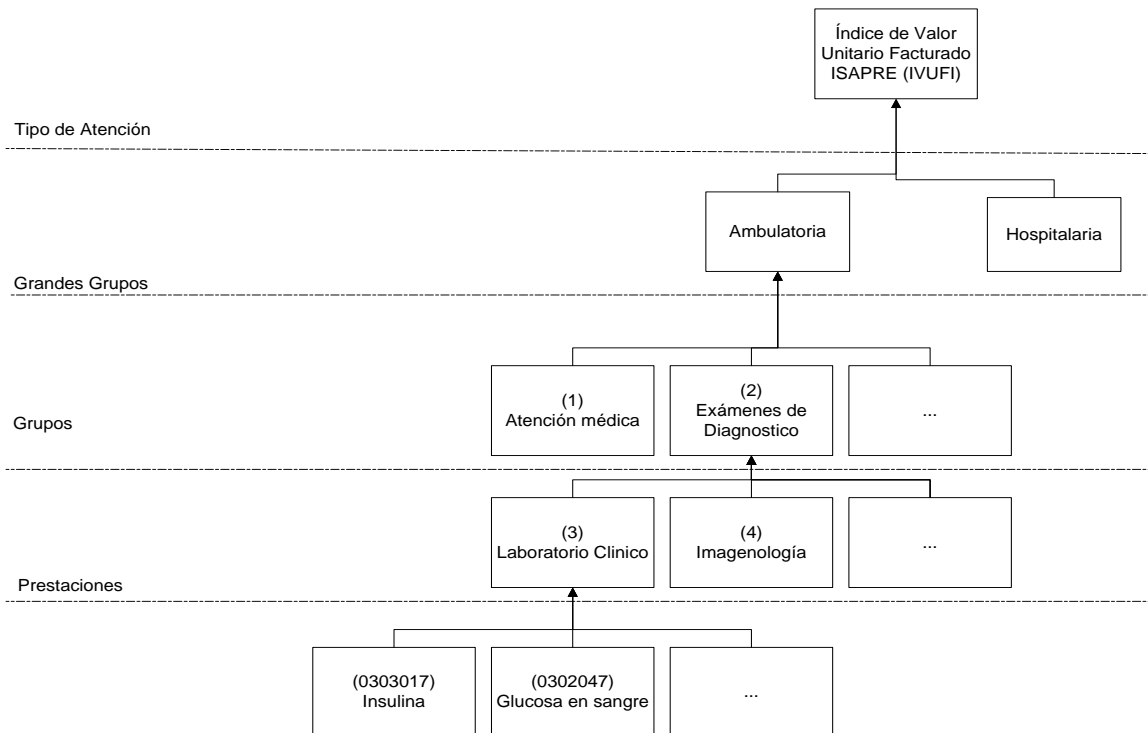
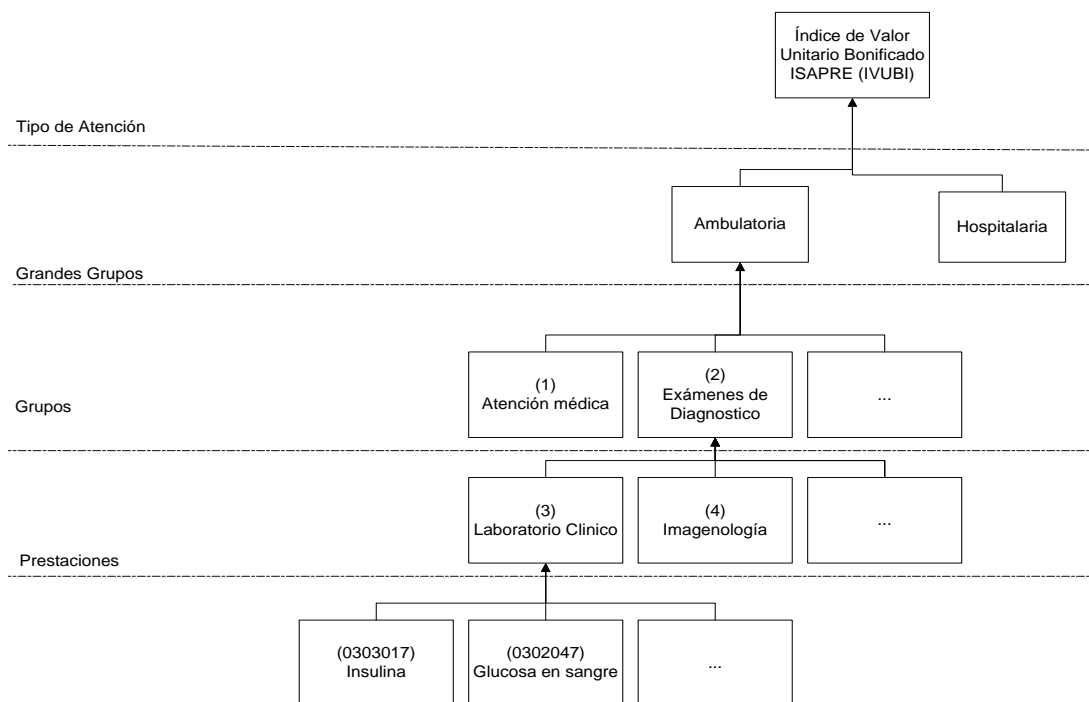


Ilustración 4: Estructura IVUBI



La siguiente tabla muestra los distintos niveles de agregación del IVUFI y del IVUBI y describe brevemente las características de cada nivel.

Tabla 1: Nivel, agregación y principales características

Nivel	Agregación	Características
Superior	Índice de Valor Unitario Facturado isapre (IVUFI) e Índice de Valor Unitario Bonificado isapre (IVUBI)	Nivel más agregado. Representa la variación del conjunto de los valores unitarios facturados para el IVUFI o bonificados para el IVUBI, considerados en el cálculo, los que por definición están asociados a prestaciones cubiertas por las isapre abiertas, pertenecientes al arancel de la Modalidad Libre Elección del FONASA.
	Tipo de Atención	Corresponde a la desagregación de las variaciones de valores unitarios facturados para el IVUFI o bonificados para el IVUBI, de las prestaciones, en base al tipo de atención reportada por la isapre. Esta puede clasificarse en Ambulatoria o en Hospitalaria. Cabe tener presente que sólo algunas prestaciones se financian bajo un sólo tipo de atención (Ambulatorio u Hospitalario) y la mayor parte se financia en ambos tipos de atención.
	Grandes Grupos de Prestaciones	Corresponde a una desagregación de las variaciones de valores unitarios facturados

Nivel	Agregación	Características
		<p>para el IVUFI o bonificados para el IVUBI, de las prestaciones, en base a una tipología construida desde una lógica de gestión sanitaria.</p> <p>Se identifican aquí 5 Grandes Grupos de Prestaciones: 1. Atenciones Médicas, 2. Exámenes Diagnósticos, 3. Procedimientos de Apoyo Clínico/Terapéuticos, 4. Intervenciones Quirúrgicas, y 5. Otras Prestaciones de Salud.</p>
	Grupos de Prestaciones	<p>Corresponde a la desagregación de las variaciones de valores unitarios facturados para el IVUFI o bonificados para el IVUBI, en los 26 Grupos de Prestaciones del Arancel de la MLE del FONASA, que son relevantes para el caso de las isapre.</p> <p>Cada prestación de salud pertenece sólo a un Grupo de Prestaciones.</p> <p>Dado que algunas prestaciones específicas que están incluidas en un determinado Grupo de Prestaciones, pertenecen a más de un Gran Grupo de Prestaciones, el número de Grupos que considera el algoritmo será mayor a los Grupos de Prestaciones definidas en el arancel MLE del FONASA, específicamente 35 grupos.</p>
Elemental	Prestaciones	<p>Corresponde a la desagregación de las variaciones de valores unitarios facturados para el IVUFI o bonificados para el IVUBI de cada uno de los códigos de Prestaciones específicas del Arancel de la MLE del FONASA que son relevantes para el caso de las isapre. Cabe tener presente que este nivel de agregación constituye el objeto de análisis más básico de este índice.</p> <p>Dado que algunas prestaciones específicas se financian en modalidad Ambulatoria y Hospitalaria indistintamente, el número de prestaciones que considera el algoritmo será mayor al definido en el arancel MLE del FONASA.</p>

Dado que el nivel Tipo de Atención (Ambulatoria – Hospitalaria), no presenta una clasificación exhaustiva y excluyente a nivel de códigos de prestaciones específicas, es decir, que algunas prestaciones se dan en ambos tipos de atención, tanto para el IVUFI como para el IVUBI, se ha optado por considerarlas como prestaciones diferentes para efectos de cálculo y análisis.

Se calcularán índices elementales para aquellas prestaciones que acumulen el 90% superior del gasto facturado en el IVUFI y bonificado en el IVUBI, en cada tipo de atención, considerando solo a aquellos prestadores estipulados por la Superintendencia de Salud.

Por otra parte, los Grandes Grupos de Prestaciones si bien son exhaustivos y excluyentes respecto de las Prestaciones específicas, no lo son respecto de los Grupos de Prestaciones del arancel MLE del FONASA. Esto quiere decir que existen casos donde dos Prestaciones específicas de un mismo Grupo de Prestaciones pueden pertenecer a dos Grandes Grupos de Prestaciones distintos.

En consecuencia, el tratamiento necesario para considerar el nivel de Grandes Grupos de Prestaciones en el algoritmo implica dividir algunos Grupos de Prestaciones, que contienen Prestaciones específicas incluidas en diferentes Grandes Grupos de Prestaciones, y considerar de forma independiente uno de otro. Esta particularidad sucede principalmente en grupos de prestaciones que pertenecen a grandes grupos como Procedimientos de apoyo clínico-terapéutico y a intervenciones quirúrgicas.

El algoritmo de construcción del IVUFI y del IVUBI se presentan en el **iError! No se encuentra el origen de la referencia.**Anexo 1 y en el apartado que sigue se explica en detalle su agregación y cálculo.

3.2 Método de agregación y cálculo

El IVUFI y el IVUBI se construyen en dos etapas, inicialmente se construye el agregado elemental y luego los agregados de nivel superior, los cuales son elaborados todos mediante media aritmética ponderada, donde los ponderadores representan el gasto de la Prestación, Grupo, Gran Grupo o Tipo de Atención en el gasto total del período base, comprendido entre el período octubre 2012- septiembre 2013 para el nivel inmediatamente superior, según corresponda.

3.2.1 Nivel elemental

3.2.1.1 Micro índice prestación

El micro índice de prestación (MIP) corresponde al ratio de valores unitarios facturados mes a mes para el caso del IVUFI, y bonificados mes a mes para el caso del IVUBI.

$$IE_t^i = \frac{P_t^i}{P_{t-1}^i}$$

$$MIP_t^i = MIP_{t-1}^i \cdot IE_t^i$$

$$MIP_{\text{octubre } 2012}^i = 100$$

Donde:

P_t^i : Valor Unitario Facturado para el IVUFI o Bonificado para el IVUBI, de la prestación i en el mes t.

IE_t^i : Índice Elemental, ratio de valor unitario entre el mes t y t-1.

3.2.2 Nivel superior

3.2.2.1 Micro índice grupo prestaciones

A partir de los índices anteriores se construyen los micro índices de valores unitarios facturados para el caso del IVUFI y bonificados para el caso del IVUBI, a nivel de grupo de prestaciones (MIG), el cual es construido mediante el promedio ponderado de los índices de valor unitario a nivel de prestación y donde estos grupos poseen distinto tamaño, i.e;

$$MIG_t^g = \sum_{i=1}^{np} wp^i MIP_t^i$$

Donde:

np : número de prestaciones contenidas en el grupo g .

wp^i : ponderador o peso de la prestación i .

En que,

$$wp^{(i)} = \frac{\text{gasto prestación } i \text{ en grupo } g, \text{ en el período octubre de 2012 – septiembre de 2013}}{\text{gasto del grupo } g, \text{ en el período octubre de 2012 – septiembre de 2013}}$$

Representa la proporción del gasto efectuado en la prestación i respecto al gasto total efectuado en el grupo de prestaciones g .

$$\sum_{i=1}^{np} wp^i = 1$$

Y la variación mensual del índice de cada grupo g será:

$$IG_t^g = \frac{MIG_t^g}{MIG_{t-1}^g} \cdot 100$$

3.2.2.2 Micro índice grandes grupos de prestaciones

Luego se construyen los micro índices de valores unitarios facturados para el caso del IVUFI y bonificados para el caso del IVUBI, a nivel de grandes grupos de prestaciones (IGG) los cuales se definen como el promedio ponderado de los micro índices de grupo:

$$MIGG_t^f = \sum_{g=1}^{ng} wg^g MIG_t^g$$

Donde,

ng : número de grupos de prestaciones de Salud.

$wg^{(g)}$: ponderador o peso del grupo g .

$$wg^{(g)} = \frac{\text{gasto grupo } g \text{ en gran grupo } f, \text{ en el período octubre de 2012 – septiembre de 2013}}{\text{gasto gran grupo } f, \text{ en el período octubre de 2012 – septiembre de 2013}}$$

Representa la proporción del gasto efectuado en el grupo de prestaciones g respecto al gasto total efectuado en el gran grupo f .

En que,

$$\sum_{g=1}^{ng} wg^g = 1$$

Y la variación mensual del índice de cada grupo f será:

$$IGG_t^f = \frac{MIGG_t^f}{MIGG_{t-1}^f} \cdot 100$$

3.2.2.3 Micro índice tipo de atención

Éstos indican la variación de los valores unitarios facturados para el caso del IVUFI y bonificados para el caso del IVUBI, de las prestaciones de salud en los distintos tipos de atención, pudiendo ser, Ambulatoria y Hospitalaria, a partir de:

$$MIT_t^e = \sum_{f=1}^{nf} wgg^f MIGG_t^f$$

Donde,

nf : número de grandes grupos de prestaciones de Salud.

wgg^f : ponderador o peso del gran grupo f .

$$wgg^f : \frac{\text{gasto gran grupo } f \text{ en atención tipo } e, \text{ en el período octubre de 2012 – septiembre de 2013}}{\text{gasto en atención tipo } e, \text{ en el período octubre de 2012 – septiembre de 2013}}$$

Representa la proporción del gasto efectuado en el gran grupo de prestaciones f respecto al gasto total efectuado en la atención tipo e .

En que,

$$\sum_{f=1}^{nf} wgg^f = 1$$

Y la variación mensual de cada índice según el tipo de atención e será:

$$IT_t^e = \frac{MIT_t^e}{MIT_{t-1}^e} \cdot 100$$

3.2.2.4 Índice de valor unitario isapre

Finalmente, a partir de lo anterior se construye el Índice de Valor Unitario Facturado isapre (IVUFI) y el Índice de Valor Unitario Bonificado isapre (IVUBI), los que se presentan en el nivel más agregado de análisis, midiendo la variación del conjunto de los valores unitarios facturados para el IVUFI y bonificados para el IVUBI, considerados en el cálculo, y se calculan mediante el promedio ponderado de los índices del nivel anterior, i.e;

$$IVUFI_t = \sum_{e \in \text{Amb, Hosp}} wt^e MIT_t^e$$

$$IVUBI_t = \sum_{e \in \text{Amb, Hosp}} wt^e MIT_t^e$$

$$wt^e = \frac{\text{gasto atención tipo } e}{\text{gasto total}}$$

Representa la proporción del gasto efectuado en la atención tipo e respecto al gasto total efectuado.

En que,

$$\sum_{e \in \text{Amb, Hosp}} wt^e = 1$$

3.3 Análisis

3.3.1 Cálculo de variaciones

El IVUFI e IVUBI se calcularán mensualmente. Sin embargo, es relevante conocer las variaciones que presentan los valores unitarios facturados y bonificados de cada período con respecto al mes anterior, en doce meses y acumuladas del año calendario. Estas variaciones se obtienen de la siguiente manera:

Variación mensual: indica cuánto han variado, aumento o disminución, de los valores unitarios facturados o bonificados, según corresponda, del mes t con respecto al mes anterior t-1.

$$V_{m\%} IVUFI = \left(\frac{IVUFI_t}{IVUFI_{t-1}} - 1 \right) \cdot 100$$

$$V_{m\%} IVUBI = \left(\frac{IVUBI_t}{IVUBI_{t-1}} - 1 \right) \cdot 100$$

Variación en doce meses o anual: indica la variación, aumento o disminución, de los valores unitarios facturados o bonificados, según corresponda, del mes t con respecto al mismo mes, pero del año anterior t-12.

$$V_{12m\%} IVUFI = \left(\frac{IVUFI_t}{IVUFI_{t-12}} - 1 \right) \cdot 100$$

$$V_{12m\%} IVUBI = \left(\frac{IVUBI_t}{IVUBI_{t-12}} - 1 \right) \cdot 100$$

Variación acumulada: indica la variación, aumento o disminución, de los valores unitarios facturados o bonificados, según corresponda, con respecto a septiembre del año anterior, y se traduce en cuánto han variado los valores unitarios hasta el mes t.

$$V_{acum\%} IVUFI = \left(\frac{IVUFI_t}{IVUFI_{sep_anterior}} - 1 \right) \cdot 100$$

$$V_{acum\%} IVUBI = \left(\frac{IVUBI_t}{IVUBI_{sep_anterior}} - 1 \right) \cdot 100$$

3.3.2 Cálculo de incidencias

Las incidencias miden el peso relativo o influencia que tuvo alguno de los niveles del indicador en la variación total del IVUFI o del IVUBI publicados en algún mes determinado. Se puede traducir en el aporte de la variación de un gran grupo, grupo o prestación por ejemplo, a la variación total del índice. Se expresa en puntos porcentuales.

El cálculo de las incidencias, para ambos índices, se realiza para Prestaciones, Grupos de Prestaciones, Grandes Grupos de Prestaciones y Tipo de Atención, obteniéndose de este modo las incidencias para todos los niveles superiores.

Incidencias mensuales:

Indica el peso o influencia que tiene la prestación i, el grupo g, el gran grupo f o el tipo de atención e, en el IVUFI del mes t o en el IVUBI del mes t.

$$INC_t^{nivel} = \frac{INDICE_{t-1}^{nivel} \cdot w_i^{nivel} \cdot V_{m\%}^{nivel}}{IVUFI_{t-1}}$$

$$INC_t^{nivel} = \frac{INDICE_{t-1}^{nivel} \cdot w_i^{nivel} \cdot V_{m\%}^{nivel}}{IVUBI_{t-1}}$$

Donde,

INC_t^{nivel} : corresponde la incidencia del nivel, por ejemplo $INC_t^{grupo(g)}$

$INDICE_{t-1}^{nivel}$: corresponde al índice del nivel, por ejemplo $INDICE_{t-1}^{grupo(g)} = IG_{t-1}^g$

w_i^{nivel} : ponderación del nivel en el IVUFI o IVUBI según corresponda.

V_t^{nivel} : variación mensual del nivel.

Y donde la suma de las incidencias mensuales de cada nivel, deben ser igual a la variación mensual del IVUFI o del IVUBI, según corresponda.

Incidencias acumuladas:

Esta incidencia se calcula considerando la variación con respecto al mes de septiembre del año anterior.

$$INC_{acum}^{nivel} = \frac{INDICE_{sep_anterior}^{nivel} \cdot W_i^{nivel} \cdot V_{acum}^{nivel}}{IVUFI_{sep_anterior}}$$
$$INC_{acum}^{nivel} = \frac{INDICE_{sep_anterior}^{nivel} \cdot W_i^{nivel} \cdot V_{acum}^{nivel}}{IVUBI_{sep_anterior}}$$

Y donde la suma de las incidencias de cada nivel debe ser igual a la variación acumulada del IVUFI o IVUBI para el mes t , según corresponda.

Incidencias en doce meses:

Esta incidencia se calcula considerando la variación con respecto al mismo mes del año anterior.

$$INC_{12m}^{nivel} = \frac{INDICE_{t-1}^{nivel} \cdot W_i^{nivel} \cdot V_{12m}^{nivel}}{IVUFI_{t-12}}$$
$$INC_{12m}^{nivel} = \frac{INDICE_{t-1}^{nivel} \cdot W_i^{nivel} \cdot V_{12m}^{nivel}}{IVUBI_{t-12}}$$

Y donde la suma de las incidencias de cada nivel debe ser igual a la variación a doce meses del IVUFI o IVUBI para el mes t , según sea el caso.

3.4 Procedimiento de imputación de datos

Posterior a la validación de los datos y aún como parte de la construcción del agregado elemental a nivel de Prestación, es necesario completar las series de valores unitarios para el período de análisis en dicho nivel.

El hecho de que no exista el registro requerido para calcular el valor unitario, puede deberse a un no registro de una transacción particular o bien puede evidenciar la real inexistencia de transacciones.

Dado el método de construcción del índice de agregado elemental, ambas situaciones generan un problema para el cálculo de las variaciones de valores unitarios, sean éstos facturados o bonificados, ya que pueden darse tres situaciones que resultan relevantes conocer:

- Existencia de registro de valores unitarios en t e inexistencia en $t-1$
- Inexistencia de registro de valores unitarios en t y existencia en $t-1$
- Inexistencia de registro de valores unitarios en t y en $t-1$

En los dos primeros casos el cálculo del ratio no se puede realizar por ausencia del denominador o del numerador, respectivamente. En el tercer caso no existe ni el numerador ni el denominador. En definitiva, cualquiera sea la situación, esto provocará una interrupción de la serie de variaciones de valores unitarios para el índice de agregado elemental.

Para subsanar el problema generado por la ausencia de datos es necesario realizar un proceso de imputación cuyo único objetivo es completar las series de valores unitarios y variaciones, y minimizar la influencia del dato faltante en el índice.

El método de imputación que se utilizará para corregir ausencia de valor unitario en algún mes, será el método de arrastre. Se asume el valor unitario del mes donde falta registro es igual al valor unitario del mes anterior, es decir:

$$P_{t-1} = P_t$$

No obstante lo anterior, las imputaciones sólo son eventualidades de ocurrencia muy menor en los indicadores asociados a integración vertical.

4. Cálculo de índice de cantidad facturado y bonificado isapre (ICI e ICBI)

4.1 Niveles y segmentación

La construcción del índice de cantidad considera tanto para el ICI como para el ICBI, una estructura básica, en la cual se calculan los índices elementales a nivel de prestaciones específicas, los que luego se agregan en tres niveles superiores para llegar al nivel de mayor agregación, denominado ICI cuando se pondera cada índice en base a montos facturados, e ICBI cuando se pondera cada índice en base a montos bonificados.

Por la naturaleza de la variable de análisis (frecuencia de uso de las prestaciones de salud, en adelante, cantidad), para cualquier nivel del ICI o del ICBI, se pueden introducir un conjunto de variables de segmentación que aportan información adicional, dichas variables son sexo, tipo de atención y grupo etario de los beneficiarios.

Por otra parte, tanto el ICI como el ICBI, a nivel agregado, se presentarán también ajustados por el número de beneficiarios de las isapre abiertas.

Nivel elemental

El primer nivel de ambos índices, está definido por las variaciones de cantidad para cada una de las prestaciones de salud específicas, contenidas en el arancel de la Modalidad de Libre Elección del FONASA.

En su construcción se considerarán las cantidades mensuales y se hará seguimiento sólo a aquellas prestaciones que tengan registro de frecuencia mayor a cero durante todo el período de análisis (octubre 2012- septiembre 2014), el resto de las prestaciones quedarán representadas por el ponderador del nivel siguiente, sin embargo, quedarán fuera de seguimiento, principalmente por su baja frecuencia y poca participación en el gasto total.

Nivel superior

A continuación, cada una de las prestaciones específicas es agrupada y agregada su variación a nivel de los Grupos de Prestaciones definidos en el arancel de la MLE del FONASA. Luego, a nivel de Grandes Grupos de Prestaciones. Y por último, las variaciones de cada Gran Grupo de Prestaciones son agregadas a nivel del índice sintético.

Variables de segmentación

Tanto el ICI como el ICBI, serán segmentados de acuerdo a las siguientes variables de interés:

- Atributos del beneficiario: sexo, grupo etario.
- Modalidad de financiamiento: tipo de atención.

Ilustración 5: Estructura ICI

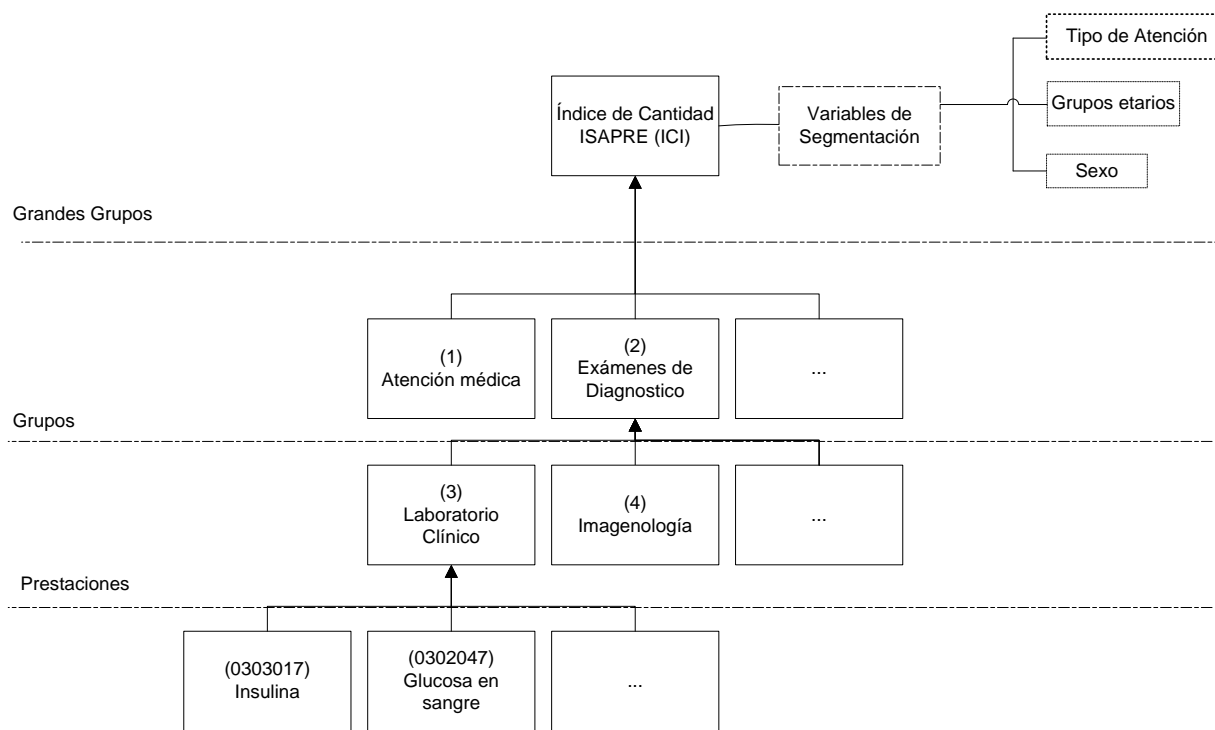


Ilustración 6: Estructura ICBI

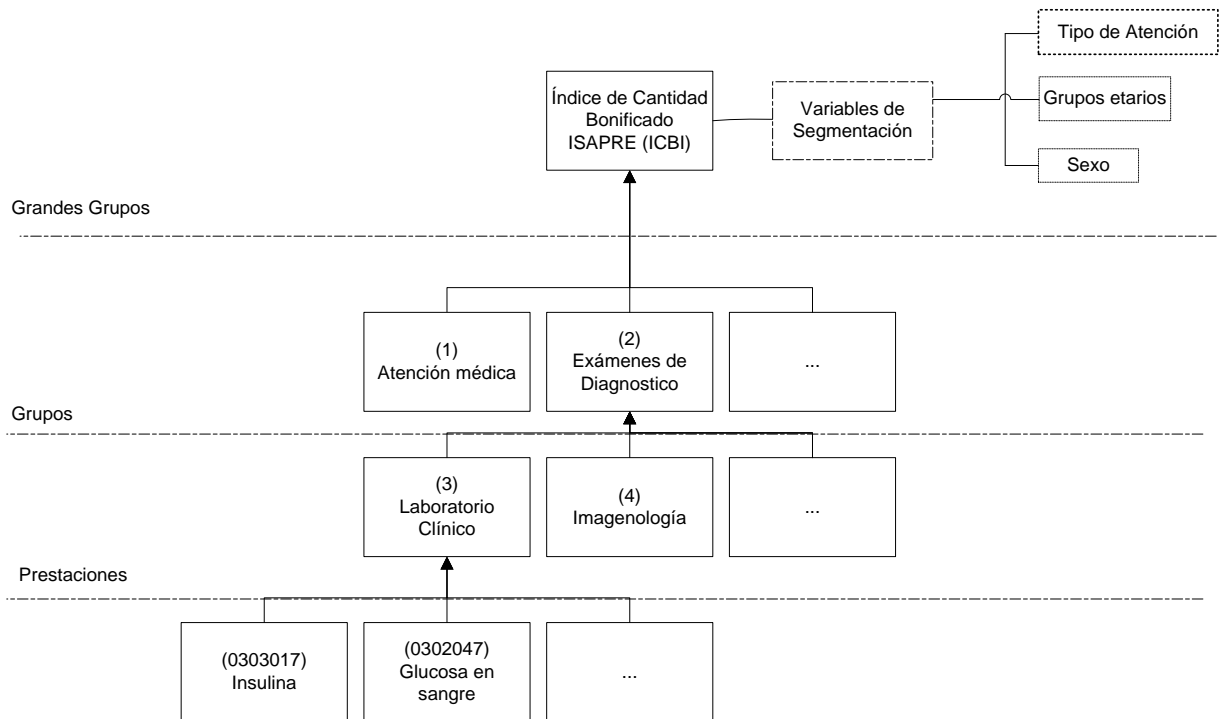


Tabla 2: Niveles agregación y principales características

Nivel	Agregación	Características
Superior	Índice de Cantidad isapre (ICI) e Índice de Cantidad Bonificado isapre (ICBI)	Nivel más agregado y sintético. Representa la variación del conjunto de las cantidades consideradas en el cálculo, las que por definición corresponden a las prestaciones bonificadas por las isapre abiertas, pertenecientes al arancel de la Modalidad Libre Elección del FONASA, dichas variaciones son ponderadas por los montos facturados en el caso del ICI, y por montos bonificados en el caso del ICBI.

Nivel	Agregación	Características
	Grandes Grupos de Prestaciones	<p>Corresponde a una desagregación de las variaciones de cantidad en base a una tipología construida desde una lógica de gestión sanitaria.</p> <p>Se identifican aquí cinco Grandes Grupos de Prestaciones: 1. Atenciones Médicas, 2. Exámenes Diagnósticos, 3. Procedimientos de Apoyo Clínico/Terapéuticos, 4. Intervenciones Quirúrgicas, y 5. Otras Prestaciones de Salud. Al igual que en el caso anterior, las variaciones son ponderadas por los pesos en base a valores facturados para el ICI y valores bonificados para el ICBI.</p>
	Grupos de Prestaciones	<p>Corresponde a la desagregación de las variaciones de cantidades en los 26 Grupos de Prestaciones del Arancel de la MLE del FONASA, que son relevantes para el caso de las isapre. Cada prestación de salud pertenece sólo a un Grupo de Prestaciones.</p> <p>Dado que algunas prestaciones específicas que están incluidas en un determinado Grupo de Prestaciones, pertenecen a más de un Gran Grupo de Prestaciones, el número de Grupos que considera el algoritmo será mayor a los Grupos de Prestaciones definidas en el arancel MLE del FONASA. Al igual que en los casos anteriores, las variaciones son ponderadas por los pesos en base a valores facturados para el ICI y valores bonificados para el ICBI.</p>
Elemental	Prestaciones	<p>Corresponde a la desagregación de las variaciones de cantidades de cada uno de los códigos de Prestación especificados del Arancel de la MLE del FONASA que son relevantes para el caso de las isapre.</p> <p>Cabe tener presente que este nivel de agregación constituye el objeto de análisis más básico de ambos índices (ICI e ICBI).</p>

Al igual que en los índices de valores unitarios, en el caso de los índices de cantidad, los Grandes Grupos de Prestaciones si bien son exhaustivos y excluyentes respecto de las Prestaciones específicas, no lo son respecto de los Grupos de Prestaciones del arancel MLE del FONASA. Esto quiere decir que existen casos donde dos Prestaciones específicas de un

mismo Grupo de Prestaciones pueden pertenecer a dos Grandes Grupos de Prestaciones distintos.

En consecuencia, el tratamiento necesario para considerar el nivel de Grandes Grupos de Prestaciones en el algoritmo implica dividir algunos Grupos de Prestaciones, que contienen Prestaciones específicas incluidas en diferentes Grandes Grupos de Prestaciones, y considerar de forma independiente uno de otro.

La siguiente tabla muestra las variables de segmentación que se utilizarán en cada nivel del ICI y del ICBI.

Tabla 3: Variables de segmentación

Variables	Categorías	Características
Sexo	Mujer - Hombre	Corresponde a un atributo de los beneficiarios de las isapre abiertas.
Grupos etarios	Grupo 1: De 0 a menor de 2 años. Grupo 2: De 2 años a menor de 25 años. Grupo 3: De 25 años a menor de 45 años. Grupo 4: De 45 años a menor de 60 años. Grupo 5: De 60 años y más.	Corresponde a un atributo de los beneficiarios de las isapre abiertas.
Tipo de atención	Ambulatoria - Hospitalaria	Corresponde a la modalidad de financiamiento de la prestación específica en función del Plan de Salud contratado.

El algoritmo de construcción del ICI y del ICBI se presentan en el Anexo 2: Algoritmo de cálculo ICI e ICBI y en el apartado que sigue se explica en detalle su agregación y cálculo.

4.2 Método de agregación y cálculo

4.2.1 Nivel elemental

La metodología de agregación para ambos índices, ICI e ICBI, corresponde a la media aritmética ponderada en todos los niveles. Como ponderador de agregación se utiliza la participación relativa del valor facturado de cada prestación en el valor facturado total del nivel inmediatamente superior en el caso del ICI y la participación relativa del valor bonificado de cada prestación en el valor bonificado total del nivel inmediatamente superior en el caso del ICBI.

El índice elemental, en ambos casos, se construye a nivel de Prestación, siendo la frecuencia de uso de cada una de éstas la variable de medición, entendiéndose por esto, la suma de las cantidades registradas para todos los prestadores de todas las isapre en cada uno de los meses para cada prestación. Se consideran las cantidades totales mensuales partiendo desde octubre del año 2012.

4.2.1.1 Micro índice prestación-ICI e ICBI

Inicialmente se construyen los ratios de las frecuencias de uso para cada prestación por mes.

$$IP_t^i = \frac{F_t^i}{F_{t-1}^i} \cdot 100$$

Donde,

F_t^i = suma de las frecuencias de las transacciones registradas para todas las isapre en todos los prestadores para la prestación i del MLE de FONASA en el mes t. Definido como el índice elemental de variaciones mensuales de las cantidades de la prestación i.

Luego, el micro índice de la prestación i, se define como:

$$MIP_t^i = \frac{MIP_{t-1}^i}{100} \cdot IP_t^i$$

$$MIP_{\text{Octubre } 2012}^i = 100$$

4.2.2 Nivel superior

4.2.2.1 Micro índice grupos de prestaciones-ICI e ICBI

Para construir el primer índice de nivel superior, se agregan las variaciones obtenidas en los índices elementales, ponderando por el peso que cada prestación i tiene dentro del valor facturado en su respectivo Grupo de Prestación g en el caso del ICI, y ponderando por el peso que cada prestación i tiene dentro del valor bonificado en su respectivo Grupo de Prestación g en el caso del ICBI.

$$MGP_t^j = \sum_{g=1}^{ng} wp^i \cdot MIP_t^i$$

Donde:

ng : número de prestaciones contenidas en el grupo g.

wp^i : ponderador o peso de la prestación i.

En que,

$$wp^{(i)} = \frac{\text{gasto prestación i en grupo g, en el período octubre de 2013 – septiembre de 2014}}{\text{gasto del grupo g, en el período octubre de 2013 – septiembre de 2014}}$$

Representa la proporción del gasto efectuado en la prestación i respecto al gasto total efectuado en el grupo de prestaciones g .

$$\sum_{p=1}^{np} wp^i = 1$$

Y la variación mensual de cada índice del grupo g será:

$$IGP_t^g = \frac{MGP_t^g}{MGP_{t-1}^g} \cdot 100$$

4.2.2.2 Micro índice de grandes grupos de prestaciones-ICI e ICBI

El siguiente nivel superior corresponde a la agregación de las variaciones de los Grupos de Prestaciones g , ponderando por el peso que cada Grupo de Prestación tiene dentro del valor facturado en su respectivo Gran Grupo de Prestación f , en el caso del ICI y ponderando por el peso que cada Grupo de Prestación tiene dentro del valor bonificado en su respectivo Gran Grupo de Prestación f , en el caso del ICBI.

$$MGGP_t^f = \sum_{g=1}^{ng} wg^g MGP_t^g$$

Donde,

ng : número de grupos de prestaciones de Salud.

wg^g : ponderador o peso del grupo g .

$$wg^{(g)} = \frac{\text{gasto grupo } g \text{ en gran grupo } f, \text{ en el período octubre de 2013 – septiembre de 2014}}{\text{gasto gran grupo } f, \text{ en el período octubre de 2013 – septiembre de 2014}}$$

Representa la proporción del gasto efectuado en el grupo de prestaciones g respecto al gasto total efectuado en el gran grupo f .

En que,

$$\sum_{g=1}^{ng} wg^g = 1$$

Y la variación mensual de cada índice del gran grupo f será:

$$IGGP_t^f = \frac{MGGP_t^f}{MGGP_{t-1}^f} \cdot 100$$

4.2.2.3 Índice de cantidad isapre ICI e índice de cantidad bonificado isapre ICBI

Finalmente, los índices se agregan para construir un índice general, siendo este último ponderado por el peso que cada Gran Grupo de Prestaciones tiene dentro del valor facturado total del período corriente, comprendido entre octubre de 2013 y septiembre de 2014, para el caso del ICI y siendo este último ponderado por el peso que cada Gran Grupo de Prestaciones tiene dentro del valor bonificado total del período corriente, comprendido entre octubre de 2013 y septiembre 2014, para el caso del ICBI.

$$ICI_t = \sum_{f=1}^{nf} w_{gg}^f MGGP_t^f$$

$$ICBI_t = \sum_{f=1}^{nf} w_{gg}^f MGGP_t^f$$

w_{gg}^f : Ponderador o peso del gran grupo f .

$$w_{gg}^f = \frac{\text{gasto gran grupo } f, \text{ en el período octubre de 2013 – septiembre de 2014}}{\text{gasto en el período octubre de 2013 – septiembre de 2014}}$$

Representa la proporción del gasto efectuado en el gran grupo de prestaciones f respecto al gasto total efectuado en el período octubre 2013 – septiembre 2014.
En que,

$$\sum_{f=1}^{nf} w_{gg}^f = 1$$

4.3 Análisis

4.3.1 Cálculo de variaciones

El ICI y el ICBI se calcularán de manera mensual, sin embargo, es relevante conocer las variaciones que presentan las cantidades de prestaciones de cada período con respecto al mes anterior, en doce meses y acumuladas del año. Estas variaciones se obtienen de la siguiente manera:

Variación mensual:

Indica la variación de la cantidad con respecto al mes anterior.

$$V_{m\%} ICI = \left(\frac{ICI_t}{ICI_{t-1}} - 1 \right) \cdot 100$$

$$V_{m\%} ICBI = \left(\frac{ICBI_t}{ICBI_{t-1}} - 1 \right) \cdot 100$$

Variación en doce meses o anual:

Indica la variación de las cantidades con respecto al mismo mes, pero del año anterior.

$$V_{12m\%} ICI = \left(\frac{ICI_t}{ICI_{t-12}} - 1 \right) \cdot 100$$

$$V_{12m\%} ICBI = \left(\frac{ICBI_t}{ICBI_{t-12}} - 1 \right) \cdot 100$$

Variación acumulada:

Indica la variación de las cantidades con respecto a septiembre del año anterior, y se traduce en cuanto han variado las cantidades hasta el mes t.

$$V_{acum\%} ICI = \left(\frac{ICI_t}{ICI_{sep_anterior}} - 1 \right) \cdot 100$$

$$V_{acum\%} ICBI = \left(\frac{ICBI_t}{ICBI_{sep_anterior}} - 1 \right) \cdot 100$$

4.3.2 Cálculo de incidencias

Esta variable indica el efecto que genera un nivel de desagregación sobre la variación de otro nivel más agregado, dado esto, es posible calcular la incidencia que cada índice tiene sobre su nivel inmediatamente superior.

Incidencias mensuales:

Indica el peso o influencia que tiene la prestación i, el grupo g o el gran grupo f, en el ICI o ICBI del mes t, según corresponda.

$$INC_t^{nivel} = \frac{INDICE_{t-1}^{nivel} \cdot w_i^{nivel} \cdot V_{m\%}^{nivel}}{ICI_{t-1}}$$

$$INC_t^{nivel} = \frac{INDICE_{t-1}^{nivel} \cdot w_i^{nivel} \cdot V_{m\%}^{nivel}}{ICBI_{t-1}}$$

Donde:

INC_t^{nivel} : corresponde a la incidencia del nivel, por ejemplo $INC_t^{grupo(g)}$.

$INDICE_{t-1}^{nivel}$: corresponde al índice del nivel, por ejemplo $INDICE_{t-1}^{prestación(i)} = MIP_{t-1}^i$.

w_i^{nivel} : ponderación del nivel en el ICI o ICBI según corresponda.

$V_{m\%}^{nivel}$: variación mensual del nivel.

Y donde la suma de las incidencias mensuales de cada nivel, deben ser igual a la variación mensual del ICI o del ICBI, según corresponda.

Incidencias acumuladas:

Esta incidencia se calcula considerando la variación con respecto al mes de septiembre del año anterior.

$$INC_{acum}^{nivel} = \frac{INDICE_{sep_anterior}^{nivel} \cdot w_i^{nivel} \cdot V_{acum\%}^{nivel}}{ICI_{sep_anterior}}$$

$$INC_{acum}^{nivel} = \frac{INDICE_{sep_anterior}^{nivel} \cdot w_i^{nivel} \cdot V_{acum\%}^{nivel}}{ICBI_{sep_anterior}}$$

Y donde la suma de las incidencias de cada nivel debe ser igual a la variación acumulada del ICI o ICBI para el mes t, según corresponda.

Incidencias en 12 meses:

Esta incidencia se calcula considerando la variación con respecto al mismo mes del año anterior.

$$INC_{12m}^{nivel} = \frac{INDICE_{t-1}^{nivel} \cdot w_i^{nivel} \cdot V_{12m\%}^{nivel}}{ICI_{t-12}}$$

$$INC_{12m}^{nivel} = \frac{INDICE_{t-1}^{nivel} \cdot w_i^{nivel} \cdot V_{12m\%}^{nivel}}{ICBI_{t-12}}$$

Y donde la suma de las incidencias de cada nivel deben ser iguales a la variación a doce meses del ICI o ICBI para el mes t, según corresponda.

Referencias

Caviedes Rafael, (2013). Artículo del diario El Mostrador, "Integración Vertical en Salud"

Link:

<http://www.elmostrador.cl/opinion/2013/01/25/integracion-vertical-en-salud/>

INE, Departamento de Estudios de Precios, (2014). Documento Técnico: Metodología para la elaboración de Indicadores Referenciales de Costos de las Instituciones de Salud Previsional – isapre.

Link:

http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/estadisticas_precios/irci/metodologia/METODOLOGIA_IRCI_BASE_OCTUBRE_2011_SEPTIEMBRE_2012.pdf

Motta Massimo, (2004). "Competition Policy, Theory and Practice".

Superintendencia de Salud (2013). Departamento de Estudios y Desarrollo, "Prestadores de Salud, isapres y Holdings: ¿Relación estrecha?"

Link:

http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-8826_recurso_1.pdf

Ventura Juan, (2009). "Análisis estratégico de la empresa".

Anexo 1: Algoritmo de cálculo IVUFI e IVUBI

Ilustración 7: Algoritmo de cálculo IVUFI.

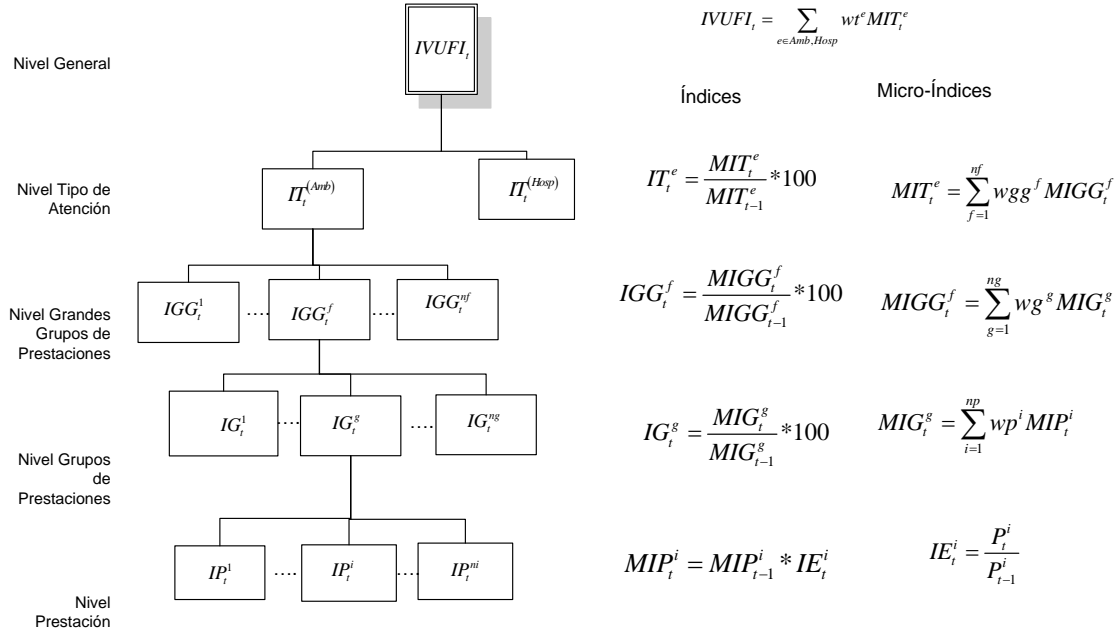
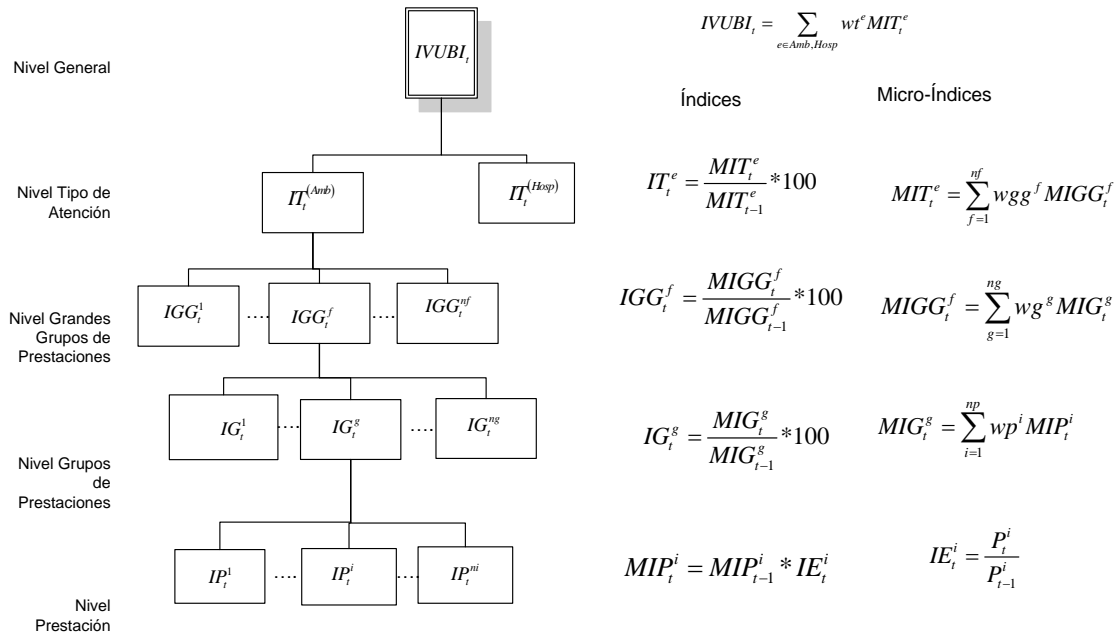


Ilustración 8: Algoritmo de cálculo IVUBI.



Anexo 2: Algoritmo de cálculo ICI e ICBI

Ilustración 9: Algoritmo de cálculo Índice de cantidades ICI.

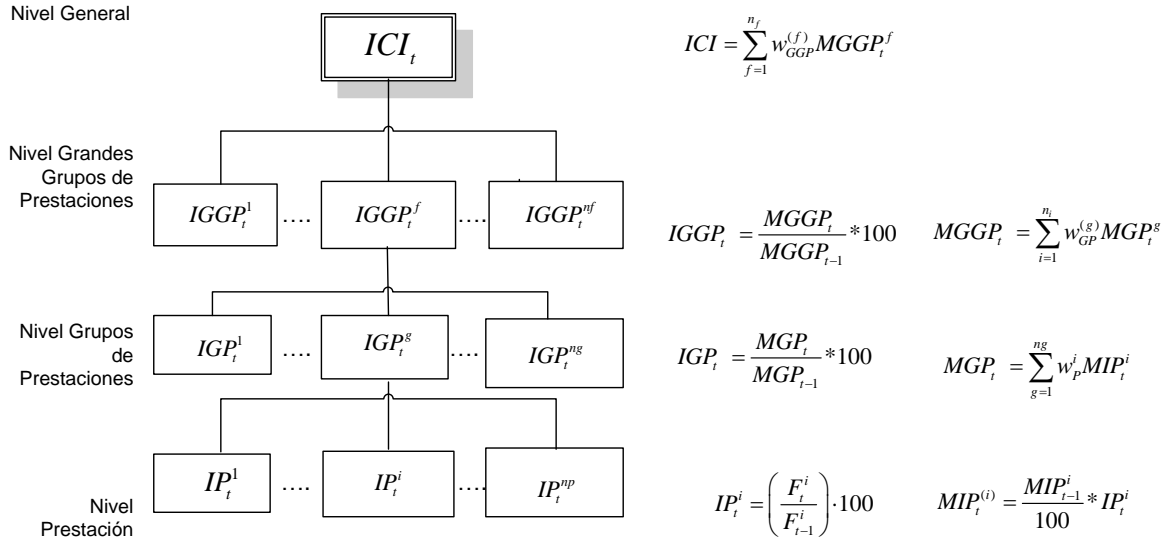
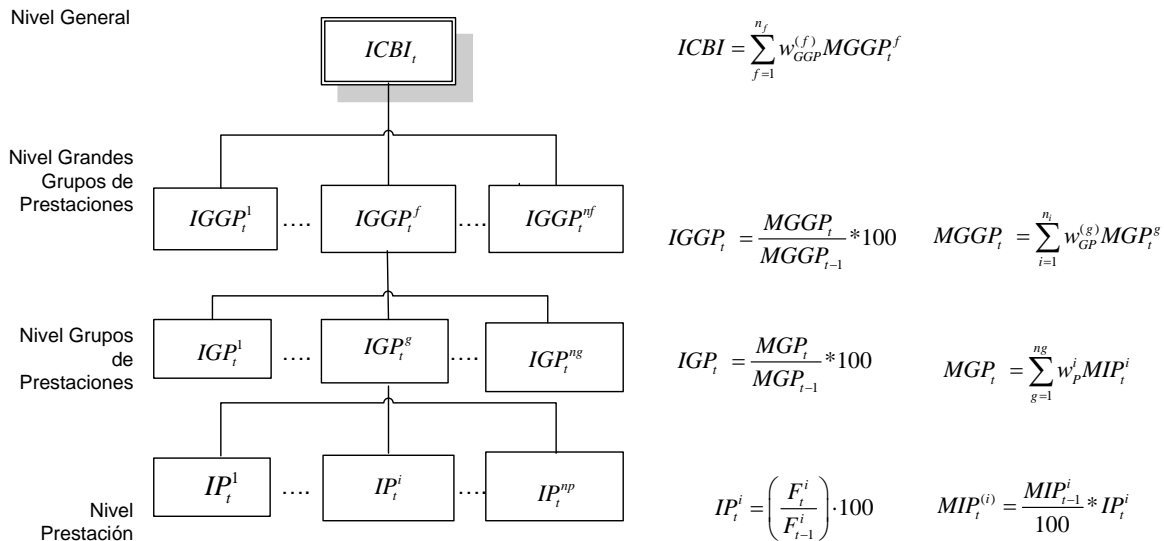


Ilustración 10: Algoritmo de cálculo Índice de cantidades ICBI.



Anexo 3: Resumen criterios utilizados en la construcción de los índices

Tabla 4: Resumen criterios utilizados en la construcción de los índices.

CRITERIO	ÍNDICE	
	IVUFI e IVUBI	ICI e ICBI
Delimitación del Marco	Se trabajará con las prestaciones de salud de carácter curativas contenidas en el arancel MLE (Plan Complementario) cubiertas por las isapre abiertas.	
Inclusión en canasta	<p>La canasta está conformada por aquellas prestaciones de salud que acumulan hasta el 90% del valor agregado por modalidad. Y además se considera solo a aquellos prestadores estipulados por la Superintendencia de Salud.</p> <p>Dicho valor es calculado en base a valores facturados para el caso del IVUFI y valores bonificados para el caso del IVUBI.</p> <p>No obstante, el resto de las prestaciones son consideradas en el marco.</p>	<p>La canasta está conformada por aquellas prestaciones de salud que acumulan hasta el 90% del valor agregado por modalidad. Y además se considera solo a aquellos prestadores estipulados por la Superintendencia de Salud. Dicho valor es el mismo que se utiliza para determinar la canasta del IVUFI e IVUBI.</p> <p>No obstante, el resto de las prestaciones son consideradas en el marco.</p> <p>Finalmente, también se exige que todas las prestaciones seleccionadas bajo el criterio anterior, tengan registros de frecuencias positivas en todos los meses de medición.</p>
Imputaciones	<p>Al construir el valor unitario facturado o bonificado, según corresponda, a nivel de prestación, y al considerar sólo aquellas prestaciones descritas en el cuadro anterior, la imputación, de ser realizada, es mínima.</p> <p>En el caso de ser necesario, el método de imputación es el método de arrastre.</p>	No se realizan imputaciones.
Outliers	Se lleva a cabo en la etapa de validación de muestra, a nivel de prestación-mes y nivel de registro, según lo estipulado en el apartado de Validación de datos y Tratamiento de Outliers.	No se analiza.

Anexo 4: Cálculo del año base

IVUFI e IVUBI, Cálculo del año base período octubre 2012 a septiembre 2013=100

El período base del índice será el período de referencia con el cual se compararán los valores unitarios facturados para el IVUFI y bonificados para el IVUBI, de los períodos siguientes.

Para el cálculo del IVUFI e IVUBI, se utilizará el período comprendido entre octubre de 2012 a septiembre de 2013.

Inicialmente se define octubre de 2012 como mes base del año base, es decir, $MIP_{octubre2012}^{(i)} = 100$, luego con esto se construyen los índices a nivel de Prestación de los once meses restantes, de la siguiente forma:

$$MIP_t^{(i)} = \frac{MIP_{t-1}^{(i)}}{100} * IE_t^{(i)} \quad t=2, \dots, 12$$

$$MIP_1^{(i)} = 100$$

Donde:

$IE_t^{(i)}$: Ratio de valor unitario de la prestación i, en el mes t.

$MIP_t^{(i)}$: Micro índice de la prestación i, en el mes t.

Luego, obtenidos los 12 *MIP* se calcula el promedio aritmético de estos:

$$PROM_MIP^{(i)} = \sum_{t=1}^{12} \frac{1}{12} MIP_t^{(i)}$$

Y con este, se recalculan los *MIP*, ajustados por el promedio de los *MIP* para los meses considerados dentro del período base,

$$MIP_t^{(i)}_{recalc} = \frac{MIP_t^{(i)} * 100}{PROM_MIP^{(i)}}$$

De modo que el promedio de los *MIP* del período base sea 100, es decir:

$$\sum_{t=1}^{12} \frac{MIP_{t,recalc}^i}{12} = 100$$

Dado lo anterior, el $MIP_{12,recalc}^i$ será el que se utilizará para construir los MIP_t^i del período siguiente, octubre de 2013 hasta septiembre de 2014.

ICI e ICBI, Cálculo del año base, período octubre 2012 a septiembre 2013=100

El período base del índice será el período de referencia con el cual se compararán las cantidades de los períodos siguientes. Para el cálculo del índice ICI y del ICBI, se utilizará el período comprendido entre octubre de 2012 a septiembre de 2013.

Inicialmente se define octubre como base del año base, es decir, $MIP_{\text{octubre}2012}^i = 100$, luego con esto se construyen los índices a nivel de Prestación de los once meses restantes, de la siguiente forma:

$$MIP_t^i = \frac{MIP_{t-1}^i}{100} \cdot IP_t^i \quad t=2, \dots, 12$$

$$MIP_1^i = 100$$

$$IP_t^i = \frac{F_t^i}{F_{t-1}^i} \cdot 100$$

Donde:

IP_t^i : Ratio de frecuencia de uso de la prestación i, en el mes t.

MIP_t^i : Micro índice de cantidades de la prestación i, en el mes t.

Luego, obtenidos los doce *MIP* se calcula el promedio aritmético de estos:

$$PROM_MIP^i = \sum_{t=1}^{12} \frac{MIP_t^i}{12}$$

Y con este, se recalculan los *MIP*, ajustados por el promedio de los *MIP* para los meses considerados dentro del período base,

$$MIP_{t_rescalc}^i = \frac{MIP_t^i \cdot 100}{PROM_MIP^i}$$

De modo que el promedio de los *MIP* recalculados del año base sea 100, es decir:

$$\sum_{t=1}^{12} \frac{MIP_{t_rescalc}^i}{12} = 100$$

Dado lo anterior, el $MIP_{12_rescalc}^i$ será el que se utilizará para construir los MIP_t^i del período siguiente, octubre de 2013 hasta septiembre de 2014.

Anexo 5: Validación de datos IRCI convencionales¹⁴

Uno de los procesos más importantes dentro de la construcción de cualquier indicador es la validación de los datos de los que se dispone¹⁵. Ese punto toma principal relevancia en los IRCI, dado que el origen de la información son registros administrativos y adicionalmente, la metodología de construcción de valores unitarios es particularmente sensible a la calidad y volatilidad de los microdatos. Por esta razón, se establece un mecanismo de validación en distintas etapas¹⁶, que pueda dar cuenta cualitativa y cuantitativamente de las razones de los posibles errores y permita proponer soluciones adecuadas a las problemáticas encontradas.

El proceso de validación de datos IRCI, se lleva a cabo sobre los índices de valor unitario y posteriormente los resultados de la validación de éstos, son replicados sobre los índices de cantidad asociados, para asegurar consistencia cuando se mide el gasto como resultado de la multiplicación de ambos índices (valor unitario y cantidad).

Dentro del proceso de validación de la información y detección de outliers, es posible clasificar los datos según como éstos inciden en el cálculo de un índice particular. En este sentido, se considera la existencia de datos sucios, que a su vez, se subdividen entre valores erróneos, valores perdidos y valores extremos.

En el presente proceso de validación, se establecen dos etapas para detectar datos sucios: Validación de Marco y Validación de Muestra. La primera etapa, trabaja sobre la limpieza de datos a nivel global a partir del marco de datos obtenido desde el AMPSB, considerando el análisis de las observaciones que podrían ser clasificadas de forma más notoria como posibles datos sucios. Esta etapa contempla un análisis comparativo y un análisis algorítmico, estableciéndose procedimientos básicos de detección de datos anómalos. Dichos procedimientos no se fundamentan completamente en la teoría estadística convencional de aplicación de test de validación de datos o metodologías avanzadas, dado que su objetivo no necesariamente es detectar outliers, sino que posibles errores básicos o elementales, antes de iniciar validaciones con métodos convencionales más avanzados desde el punto de vista estadístico.

La segunda etapa en cambio, denominada validación de muestra, considera un estudio más minucioso con soporte estadístico y un nivel de desagregación más profundo, para la detección y corrección de datos sucios. En este sentido, se contemplan técnicas avanzadas y procedimientos estadísticos más convencionales para el tratamiento de los datos.

Validación de marco

La validación de marco es un análisis comparativo del número de registros, valores bonificados, facturados, copagos y cantidades asociadas a determinadas prestaciones en los diferentes índices que conforman los IRCI. Una vez que se lleva a cabo el análisis comparativo, se determina la existencia de posibles errores en el registro de la información

¹⁴ Para mayor detalle sobre la aplicación de cada test ver: "Metodología para la Elaboración de Indicadores Referenciales de Costos de las Instituciones de Salud Previsional (IRCI) – isapre, 2014.

¹⁵ Pueden existir complejidades técnico-operativas o restricciones legales, como de secreto estadístico, en la obtención de información, que causan calidades deficientes (para el objetivo final del indicador) sobre algún subconjunto de datos que se utilizarán. Esta problemática es transversal a todo tipo de indicador. Por ello, manuales internacionales, para índices tan importantes como el IPC por citar un ejemplo, dedican apartados específicos para el tratamiento de este tópico particular.

¹⁶ La lógica de que sea en distintas etapas se justifica por el hecho de que el índice se calcula en distintas fases, por lo que la identificación y posible solución a los problemas en los datos están inevitablemente relacionados con el proceso de cálculo.

aplicando un filtro de potencia sobre los montos facturados. Este filtro permite detectar comportamientos anómalos en los datos, en base al número de dígitos de la variable en estudio. Para esto, se tienen en cuenta el largo de cada variable definida al nivel prestación-isapre-modalidad, la respectiva frecuencia de dicho largo y el coeficiente de variación asociado al posible error. A partir de esto, el filtro selecciona a aquellos datos con largos de cadena mínimos o máximos que además ocurren con baja frecuencia.

Una vez aplicado el filtro de potencia, se procede a trabajar con los criterios de corte de valor unitario mínimo y máximo estipulados a priori para cada prestación, dentro de su respectiva modalidad. Este procedimiento permite eliminar valores unitarios que presentan características de outliers desde el punto de vista estadístico y sanitario. En esta etapa se busca eliminar valores que estén muy alejados del comportamiento central de cada una de las series asociadas a cada combinación prestación-modalidad-mes, a nivel de registro.

Dado que el objetivo de la aplicación de criterios de corte, es eliminar valores “evidentemente” altos o bajos, para lograrlo y debido a las particularidades de los datos entre prestaciones, los criterios estadísticos son complementados con el análisis sanitario cuando corresponda.

Validación de muestra nivel modalidad-prestación-mes

Una vez que se aplican los criterios de corte, se lleva a cabo un análisis estadístico para detección de outliers al nivel modalidad-prestación-mes.

En primer lugar, sobre dicho nivel se lleva a cabo un análisis descriptivo de los datos utilizando los gráficos de cajas (box-plots) como herramienta básica para la detección de outliers, esto permite visualizar el comportamiento general de los datos. Enseguida, se aplica el test de mediana o test-t el cual posee la ventaja de que puede ser utilizado en muestras pequeñas y no requiere asumir el supuesto de normalidad en la distribución de los datos, además resulta ser más eficiente que aquellos que trabajan en base a la media o desviación estándar.

En la última parte asociada a la validación de muestra a nivel prestación-mes, se determina si las prestaciones que tienen posibles outliers tanto en el análisis descriptivo como en el test de mediana, son estacionales en la fecha asociada al error. Por ejemplo, si una prestación tiene una alta frecuencia de uso en un determinado mes durante todos los años, un alto valor unitario asociado a dicha fecha no es considerado a priori un outlier, puesto que el hecho de que presente un comportamiento anómalo tiene que ver con la naturaleza de los datos, y no con un error en los mismos. El método utilizado para detectar estacionalidad es el método gráfico, debido a que hasta la fecha se cuenta con pocos años como para poder aplicar métodos más avanzados de detección de estacionalidad. El análisis se lleva a cabo para todas las prestaciones existentes en la canasta que posteriormente ingresará a cálculo, haciendo diferencias entre la Modalidad Ambulatoria y Hospitalaria.

Una vez que se tiene claridad respecto a la estacionalidad de cada una de las prestaciones en sus respectivas modalidades, se lleva a cabo una cuantificación de dicha estacionalidad, por ejemplo, si una prestación es estacional, aumentando mucho su frecuencia de uso en un determinado mes, es necesario discernir si acaso dicho aumento está por sobre los observados para el mismo mes, el resto de los años. Esto implica que por el hecho de ser estacional, una prestación podría presentar aumentos en frecuencia de uso, todos los años en un determinado mes, pero además en un año particular podría aumentar aún más que el resto del tiempo, en este caso dicho aumento sería considerado efectivamente como un

posible outlier, lo contrario ocurre si el aumento es semejante al observado el resto de los años.

El mecanismo implementado para cuantificar la estacionalidad tiene en cuenta el promedio y la desviación estándar de la frecuencia de uso de todos los años en estudio para cada una de las prestaciones en los meses en que éstas son estacionales. A partir de estas medidas, se establecen cotas mínimas y máximas de variación existentes en cada combinación prestación-mes-modalidad y se compara el crecimiento o caída actual de la frecuencia de uso, con dichos límites preestablecidos.

Validación de muestra nivel registro

Una vez que se tiene claridad respecto a cuales son las combinaciones prestación-modalidad-mes que presentan posibles outliers, se lleva a cabo una validación más desagregada sobre dichas combinaciones, trabajando a nivel de registro.

En este nivel se aplican cuatro test estadísticos que se ajustan mejor a la naturaleza de los datos con los que se trabaja, y además su aplicación conjunta permite la obtención de resultados eficientes teniendo en cuenta el objetivo de validación a un nivel de desagregación más minucioso. El procedimiento consiste en aplicar cada test sobre los registros que fueron detectados como posibles outliers, y si dichos registros son detectados como valores atípicos en los cuatro test y además el valor unitario asociado corresponde al límite superior de todos los valores existentes en la respectiva serie¹⁷, se procede a la eliminación del registro.

- **Valores Extremos**

Consiste en un método que permite observar mediante tablas, los valores extremos mínimos y máximos asociados a una serie particular.

Para el caso específico de los IRCI, este método consiste en validar la serie de datos a nivel de registro e intra-mes, utilizando como regla de corte la tasa de crecimiento del valor unitario en estudio. De este modo, observando los cinco valores mínimos y máximos existentes en un determinado mes, se establece que si un valor unitario crece o cae por sobre el 100% en un determinado periodo sobre las colas superiores de la serie, es un posible outlier. Si además dicho valor es detectado como outlier por el resto de los test que se llevan a cabo, entonces se considera para una posible eliminación.

- **Test de Dixon Modificado**

Este test, es un método no paramétrico de detección de outliers, que se basa en las diferencias que existen entre los valores unitarios, una vez que éstos son ordenados de menor a mayor. La ventaja de este test, es que además de no requerir supuestos de normalidad, tiene en cuenta la diferencia entre el valor unitario mínimo y máximo para un determinado periodo en relación a la totalidad de la muestra.

La fórmula para aplicar el test, es la siguiente:

$$\frac{\text{Valor unitario}_t - \text{Valor unitario}_{t-1}}{\text{Valor unitario}_{\text{máx}} - \text{Valor unitario}_{\text{mín}}} = Q_{\text{Dixon}}$$

¹⁷ En otras palabras, el registro detectado como outlier en los cuatro test, debe ser el valor unitario máximo dentro de los 24 meses de estudio para la prestación particular.

Originalmente, se establece un valor de corte para el Q_{Dixon} calculado en base a la fórmula antes presentada, que es generalizado para todos los registros, donde todos los valores por sobre dicho límite, son considerados outliers.

Sin embargo para el caso de los IRCI, dado que existe una alta variabilidad entre los valores unitarios y sus diferencias, incluso cuando se analiza una prestación particular en un mes específico, se opta por modificar el criterio de corte convencional, para establecer que aquellos Q_{Dixon} calculados, que gráficamente se alejan de la nube de puntos asociada al resto de los valores, serán considerados como outliers para una posible eliminación, siempre y cuando lo sean en el resto de los test.

- **Test de Mediana Modificado**

El test de Mediana Modificado es análogo el test de mediana presentado para la validación de muestra a nivel prestación-mes, sin embargo dado que existe una alta variabilidad entre los valores unitarios y los estadísticos calculados son igualmente variables, incluso cuando se analiza una prestación particular en un mes específico, se opta por modificar el criterio de corte convencional del test de mediana, donde en vez de establecer un valor de corte para todos los datos, se establece que aquellos $t_{Mediana\ modificado}$ calculados, que gráficamente se alejan de la nube de puntos asociada al resto de los valores, serán considerados como outliers para una posible eliminación, siempre y cuando lo sean en el resto de los test, similar a la regla que se aplica para el caso del test de Dixon Modificado.

$$\frac{|Valor\ unitario_t - Valor\ unitario_{mediana}|}{|Valor\ unitario_t - Valor\ unitario_{mediana}|_{mediana}} = t_{Mediana_modificado}$$

- **Gráfica de Dispersión**

Los gráficos XY o de dispersión son un método estadístico básico, que permite analizar la muestra asociada a una serie particular, como un conjunto de puntos en el espacio, que pueden o no seguir una tendencia. Cada uno de los valores, son asociados a una posición dentro de la nube de puntos que se genera dentro del gráfico. Esto permite comparar la posición que cada valor ocupa y observar la existencia de determinados registros que pudiesen alejarse de la nube, y en dicho caso, serán considerados como outliers para una posible eliminación siempre y cuando lo sean en el resto de los test.

Documento de Trabajo

Integración Vertical Efecto Sobre Gasto de Bolsillo (Copago) y Cobertura Efectiva en Beneficiarios de Isapre

*Claudia Copetta Maturana
Robert Tegtmeier Scherer
Gonzalo Leyton Galleguillos*

Julio, 2015

Resumen

Primer estudio en Chile que centra el foco de atención en los beneficiarios de isapres, al estudiar el efecto empírico de la integración vertical en ellos, desde la perspectiva del gasto de bolsillo (copago) y la cobertura efectiva en la resolución de problemas de salud hospitalarios, cuando se atienden en el prestador del Holding de su isapre (prestador vinculado) y cuando pertenecen a otra isapre y se atienden en el prestador del Holding (vía convenio), bajo la modalidad de prestador preferente.

Teóricamente la integración vertical, se da a través de la figura de un Holding controlador, que es propietario tanto del seguro (isapre) como del prestador (Clínica). Su vinculación puede circunscribirse exclusivamente a la propiedad, o puede darse a través de la propiedad y administración compartida. Éstos desarrollan tareas diferentes, pero se combinan para satisfacer una necesidad común que es generar economías de escala y sinergias, en la búsqueda de mayores utilidades y de generar mayor valor agregado.

A su vez, visto desde la perspectiva de los usuarios, los beneficios de la relación de la integración vertical los estarían favoreciendo sólo en la medida que sus gastos de bolsillo fueran menores en el prestador del Holding de su isapre (prestador vinculado) comparados con los copagos de los beneficiarios de las otras isapres que se atienden en el mismo prestador (vía convenio) y que la cobertura efectiva sea igual a la cobertura ofrecida en el Plan de Salud contratado, cuando requieren atención en la resolución de determinados problemas de salud, considerando planes de similares precios base y coberturas.

La legislación actualmente vigente en Chile (2005) establece que las isapres tienen por objeto exclusivo el financiamiento de las prestaciones y beneficios de salud, prohibiendo el participar en la administración de prestadores. Al parecer, la prohibición impuesta a las isapres no les impediría ser propietarias de algún prestador de salud, en la medida que se trate de organizaciones diversas, que operen con independencia y que mantengan sus gerencias y contabilidades separadas, alcance que actualmente está siendo reevaluado por esta Superintendencia de Salud.

Para realizar este estudio se evaluaron dos Holdings que cumplían con el requisito de un número de casos suficientes: 1) El Holding Banmédica S.A., con su isapre Banmédica y sus prestadores vinculados, Clínica Dávila y Clínica Santa María. 2) Para el caso del Holding Sociedad de Inversiones y Servicios La Construcción S.A., la isapre Consalud y sus prestadores vinculados, Clínica Bicentenario, Clínica Tabancura y Clínica Avansalud.

Metodológicamente, se seleccionaron cuatro problemas de salud de resolución hospitalaria de mayor frecuencia en las isapres abiertas durante el año 2013 y para asegurar la comparabilidad de los resultados se trabajó con aquellos planes de salud de características similares entre sí en cuanto a precio base final (rango 1-1,5 UF ó 1,5-2 UF) y cobertura de carátula hospitalaria (90%). Éstos representan al 21% del total de los planes de salud de esta selección, que incluye los problemas de salud siguientes: Cesárea (n=966), Parto Normal (n=941), Colectomía (n=626) y Apendicectomía (n=288). Se trabajó con los Programas de Atención Médica (PAM) y un conjunto de prestaciones que permiten la resolución integral de cada problema de salud estudiado ("canasta", que incluye, el derecho de pabellón, los días cama, los honorarios médico-quirúrgicos, el honorario de la matrona (si corresponde), insumos, materiales clínicos y los medicamentos). En cada caso se consideró el valor facturado, bonificado y copago promedio que implicaba resolver cada problema de salud, según la canasta respectiva.

Los resultados muestran que, en general, para la resolución de estos problemas de salud hospitalarios, en condiciones de precios base y coberturas similares, los beneficiarios de otras isapres que se atienden en los prestadores del Holding (vía convenio), en promedio, tienen un gasto de bolsillo un 19% menor que los beneficiarios de las isapres vinculadas al prestador (Holding), siendo la excepción la Cesárea en la Clínicas Santa María y Tabancura, que son prestadores con mayores valores facturados.

Con respecto a la cobertura, observamos que la cobertura efectiva hospitalaria promedio observada (90%) es igual a la cobertura de carátula hospitalaria (90%) ofrecida a los beneficiarios de otras isapres, incluso en algunos casos es superior. En cambio, en los beneficiarios de las isapres vinculadas al Holding, la cobertura efectiva hospitalaria promedio observada (87%) es menor a la cobertura de carátula hospitalaria (90%) ofrecida a sus propios beneficiarios.

Conforme a los resultados observados en este estudio y, contrariamente a lo esperado, los beneficiarios que se atienden en el prestador del Holding de su isapre (prestador vinculado), salvo algunas excepciones puntuales, tienen un copago mayor y una cobertura efectiva menor, que los beneficiarios de otras isapres atendidos en el mismo prestador vía convenio. Esto significa que la alternativa de convenio, en general, es más beneficiosa para los usuarios en términos de gasto de bolsillo (copago) y cobertura efectiva para la resolución de problemas de salud hospitalarios, que la opción de la integración vertical.

Cabe señalar que este estudio comprende un primer acercamiento del tema, por lo que para efectuar una evaluación integral de los efectos de la integración vertical se deben considerar otros aspectos que deben ser evaluados en estudios futuros.

1. Objetivo del estudio

La integración vertical en el sector privado de salud en Chile ocurre en un contexto en que tanto el seguro (isapre) como el prestador forman parte del mismo grupo empresarial (Holding).

En general, la integración vertical en el sector privado de salud en Chile ha sido abordado desde la perspectiva de la organización de los seguros, donde si bien se abordan perspectivas vinculadas con los beneficiarios, no se centra el foco de atención en ellos (Copetta (2001), PUCV-FNE (2012), Miranda, Paredes (1997)). Por este motivo, resulta relevante poder determinar si los efectos de la integración vertical se traducen en mejores beneficios para los distintos usuarios del sistema privado de salud en Chile.

Por consiguiente, el Objetivo General del estudio es determinar el efecto que tiene la integración vertical para el beneficiario de isapre en términos de gasto de bolsillo (copago) y cobertura efectiva, la resolución de un determinado problema de salud cuando se atiende en el prestador del Holding de su isapre (prestador vinculado) y cuando pertenece a otra isapre y se atiende en el prestador del Holding (vía convenio). El análisis se centra en la atención de los beneficiarios en el prestador bajo la modalidad de prestador preferente, por cuanto se estima que los potenciales efectos favorables para los beneficiarios se debiesen manifestar cuando se analiza la atención bajo esta modalidad.

Desde la perspectiva de los usuarios, los beneficios de la relación de la integración vertical los estarían favoreciendo sólo en la medida que sus gastos de bolsillo fueran menores en el prestador del Holding de su isapre (prestador vinculado) comparados con los copagos de los beneficiarios de las otras isapres que se atienden en el mismo prestador (vía convenio) y que la cobertura efectiva sea igual a la cobertura ofrecida en el Plan de Salud contratado,

cuando requieren atención en la resolución de determinados problemas de salud, considerando planes de similares precios base y coberturas.

El trabajo se organiza del siguiente modo. En la segunda sección se examina el Marco Conceptual y en la tercera sección el Marco Legal. La cuarta sección detalla la Metodología utilizada y los datos. La quinta sección detalla los Resultados. Por último, en la sexta sección, al final del documento, se presentan las Conclusiones de este trabajo.

2. Marco conceptual

La **Integración Vertical** describe un estilo de propiedad y administración. Las empresas integradas verticalmente están unidas por una jerarquía y comparten un mismo dueño. Generalmente, los miembros de esta jerarquía desarrollan tareas diferentes que se combinan para satisfacer una necesidad común. Esa necesidad común proviene de generar economías de escala en cada compañía, y sinergias dentro de la corporación. Todo ello traducido en la búsqueda tanto de mayores utilidades como de generar mayor valor agregado, partiendo del sector primario (proveedor de insumos), hasta el consumidor final (beneficiario o paciente, en el caso de la salud).

La forma de integración vertical que se observa en el Sistema de Salud Privado en Chile, se da a través de la figura de un Holding controlador, que es propietario tanto del seguro de salud (isapre) como del prestador (Clínica). Su vinculación puede circunscribirse exclusivamente a la propiedad, o puede darse a través de la propiedad y administración compartida de los mismos.

Por otra parte, acerca de los efectos de la integración vertical sobre la competencia en el sector salud, en la literatura 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, lo que se presenta en la sección siguiente.

A su vez, las isapres tienen una influencia crucial en la elección del prestador por parte de los usuarios, determinando de forma importante su elección, ya que el principal flujo de beneficiarios en un determinado prestador proviene de la isapre vinculada.

Finalmente, existe una serie de argumentos a favor y en contra de las relaciones de tipo vertical seguro-prestador en el sector privado de salud, los que se resumen a continuación¹.

Ventajas de la integración vertical

1. **Mejora la capacidad negociadora del seguro**, donde puede generarse una reducción en los precios del sistema dada la negociación entre el seguro y los prestadores (vinculados y no vinculados).
2. **Evita el riesgo moral** (sobreconsumo de prestaciones de salud) al alinear los incentivos del seguro con los del prestador, dado que ambos se benefician de las "ganancias" de cada uno, a través del control del uso de prestaciones de salud.
3. **Fomenta las inversiones** en el prestador vinculado, dado el flujo de beneficiarios con que cuenta para recuperar la inversión.
4. **Disminuye costos**, en relación a descuentos por determinado volumen de pacientes al prestador (convenio seguro-prestador), así como la propiedad compartida, además, evita costos de transacción seguro-prestador vinculado.

¹ Basado en el estudio Mercado de la Salud Privada en Chile, PUCV-FNE (2012).

Desventajas de la integración vertical

1. **Tendencia a la concentración de los prestadores**, para neutralizar el poder monopsonico del seguro, puesto que los prestadores necesitan los servicios del seguro para mantener un flujo de demanda.
2. **Generación de barreras de entrada**, al aumentar los costos para nuevos seguros y prestadores.
3. **Disminución de competencia en base a calidad**, ya que dado el volumen de beneficiarios garantizado por parte del seguro, el prestador carece de incentivos para competir por calidad con otros y el seguro privilegia su acuerdo de precio, independientemente de la calidad, descuidando su rol de agencia.

3. Marco legal

Respecto del marco normativo y regulatorio vigente, éste se resume a continuación:

D.F.L N°1/2005, artículo 173, MINSAL

- Establece 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 fin, las que en ningún caso podrán implicar la ejecución de dichas prestaciones y beneficios ni participar en la administración de prestadores"

Memorándum N°23 (07 de marzo de 2006), Fiscalía (U. Nancuante), Superintendencia de Salud.

- Interpreta que la Reforma del año 2005 buscó "*prohibir que las isapres tuvieran el rol de asegurador y prestador, simultáneamente, así como impedir que las isapres tuvieran injerencia o participación en la administración de las entidades prestadoras*".
- Según este Memorándum, **al parecer, la prohibición impuesta a las isapres no les impediría ser propietarias de algún prestador de salud**, en la medida que se trate de organizaciones diversas, que operen con independencia y que mantengan sus gerencias y contabilidades separadas.

Circular IF/N°211 (07 de Febrero de 2014), IF, Superintendencia de Salud

- Precisa el alcance de la prohibición que tienen las isapres de participar en la administración de los prestadores, de acuerdo a lo dispuesto en el inciso primero del artículo 173 del DFL N°1/2005

Cabe hacer presente que actualmente el alcance o la interpretación de esta prohibición legal está siendo reevaluado por esta Superintendencia de Salud.

4. Metodología y datos

Un elemento central del análisis fue establecer la mirada desde el Holding y sus empresas vinculadas. En el estudio se consideró el Holding Banmédica S.A., respecto a su isapre vinculada Banmédica² y el Holding Sociedad de Inversiones y Servicios La Construcción S.A., con su isapre asociada Consalud, por su grado de participación directa en los prestadores relacionados y por disponer de datos (“N”) suficientes para poder realizar este estudio. Un aspecto relevante al analizar a los prestadores de salud fue considerar el tema del multi RUT, ya que para algunos prestadores su RUT no es único. En este sentido, para todos los prestadores incluidos en el estudio se consideró el tema del multi RUT, tratándolos de manera consolidada para efectos del análisis.

Para el caso del Holding Banmédica S.A., se analizó a sus prestadores vinculados Clínica Dávila y Clínica Santa María. Para el caso del Holding Sociedad de Inversiones y Servicios La Construcción S.A., los prestadores vinculados estudiados se seleccionaron de acuerdo a la frecuencia de uso total que exhibía cada prestador vinculado, seleccionando para el análisis los que presentaban mayor frecuencia de uso en cada problema de salud. El detalle de los prestadores considerados en el estudio, según Holding de pertenencia se presenta en la Tabla N° 1.

Tabla N° 1
Prestadores incluidos, según holding

Holding	Propiedad Directa		Propiedad Indirecta	
	% Participación	Prestador	% Participación	Prestador
Banmédica S.A.	99,99%	Clínica Dávila		
	99,43%	Clínica Santa María		
Sociedad de Inversiones Y Servicios La Construcción S.A.	80,82%	Empresas Redsalud	99,99%	Clínica Bicentenario
			99,99%	Clínica Tabancura
			99,99%	Clínica Avansalud

Fuente: Informe de Fiscalización N°20, Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, Superintendencia de Salud 2013.

Para el análisis se consideró la información del año 2013, de las isapres abiertas, del Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas (AMPB), así como el Arancel FONASA del año 2013. El AMPB corresponde a una base de datos que posee la Superintendencia de Salud a partir de información procesada y remitida por las mismas isapres de manera mensual, el que contiene información de todas aquellas prestaciones que hayan sido otorgadas y efectivamente bonificadas a los beneficiarios.

Metodológicamente, se seleccionaron cuatro problemas de salud de resolución hospitalaria de mayor frecuencia en las isapres abiertas durante el año 2013 y para asegurar la comparabilidad de los resultados se trabajó con aquellos planes de salud de características

² Inicialmente estaba incluida la isapre Vida Tres perteneciente al Holding Banmédica S.A., pero luego se excluyó por el bajo número de observaciones (“N”) que resultaba en cada problema de salud estudiado.

similares entre sí en cuanto a precio base final y cobertura hospitalaria del plan de salud, lo que se expondrá en detalle más adelante. Los problemas de salud estudiados fueron los siguientes: Cesárea, Parto Normal, Colectomía y Apendicectomía. Ver tabla siguiente.

Tabla N° 2
Número de casos (N) por problema de salud

Problema de Salud	N° Casos
Cesárea	966
Parto Normal	941
Colecistectomía	626
Apendicectomía	288
Total	2.821

Fuente: Elaboración propia.

Se trabajó con los Programas de Atención Médica (PAM) y un conjunto de prestaciones que permiten la resolución integral de cada problema de salud estudiado, denominada "canasta", que incluye, el derecho de pabellón, los días cama, los honorarios médico-quirúrgicos, el honorario de la matrona (si corresponde), insumos, materiales clínicos y los medicamentos. En cada caso se consideró el valor facturado, bonificado y copago promedio total que implicaba resolver cada problema de salud, según la canasta respectiva.

A modo de ejemplo, en la Tabla N° 3 se presenta la canasta utilizada en el ejercicio relativo al Parto Normal.

Tabla N° 3
Ejemplo: Canasta de prestaciones parto normal

Código	Glosa
6	Pabellón para Cirugías
202116	Día Cama de Hospitalización Obstetricia y Ginecología (sala 1 cama con baño)
2004003	Parto presentación cefálica o podálica, c/s episiotomía, c/s sutura,
2004004	Honorario matrona por la atención integral del parto
4000000	Insumos y materiales clínicos
6100000	Medicamentos

Fuente: Elaboración propia.

Dado el objetivo del estudio, que es determinar el efecto que tiene la integración vertical para el beneficiario de isapre en términos de gasto de bolsillo (copago) y cobertura efectiva, la resolución de un determinado problema de salud cuando se atiende en el prestador del Holding de su isapre (prestador vinculado) y cuando pertenece a otra isapre y se atiende en el prestador del Holding (vía convenio), el análisis se centró en la atención de los beneficiarios en el prestador bajo la modalidad de prestador preferente, por cuanto se estima que los potenciales efectos favorables para los beneficiarios se debiesen manifestar cuando se analiza la atención bajo esta modalidad.

En este sentido, para cada prestador del Holding Banmédica S.A., se analizó el costo total que implicaba resolver el problema de salud para aquellos beneficiarios de la isapre Benmédica y para todos aquellos beneficiarios de isapres no vinculadas al mencionado Holding, según la modalidad de prestador preferente. Asimismo, para cada prestador del

Holding Sociedad de Inversiones y Servicios La Construcción S.A., se analizó el costo total que implicaba resolver el problema de salud para aquellos beneficiarios de la isapre Consalud y para todos aquellos beneficiarios de isapres no vinculadas al mencionado Holding, considerando igualmente, en cada uno de los casos, que la atención en el prestador fuese bajo la modalidad de prestador preferente.

Para obtener de cada problema de salud estudiado un valor facturado, bonificado y copago promedio total en cada prestador preferente e isapre seleccionada, se aplicó la metodología siguiente. Se consideraron todos los Programas Médicos de Atención (PAM) vinculados con el problema de salud estudiado que contuvieran las prestaciones de la canasta. De estos PAM se obtuvieron los valores facturados, bonificados, los copagos y la frecuencia de uso de cada una de las prestaciones, lo que permitió obtener valores promedio de cada una de ellas. La sumatoria de los valores promedio de cada una de las prestaciones que componen la canasta y por problema de salud, permitió obtener los valores promedios totales de cada uno de éstos.

Adicionalmente, se realizó un ajuste de los días cama que se encontraban fuera de un determinado límite superior para resolver cada problema de salud, por cuanto el objetivo de utilizar una canasta estándar es determinar el costo de resolver cada problema de salud "típico", descartando todos aquellos casos con complicaciones asociadas o casos atípicos que distorsionan los valores de las prestaciones de la canasta. Para ello, se usó la información de la estadía o permanencia hospitalaria (días cama) de algunos problemas de salud de resolución médica y quirúrgica en el Sistema Privado de Salud del año 2012, según un estudio realizado en la Superintendencia de Salud para la OCDE³, en conjunto con el MINSAL. En este sentido, se eliminó del análisis la información de los valores facturados, bonificados, copagos y "N" en todos aquellos casos donde la prestación día cama presentara valores fuera del límite definido en cada uno de los problemas de salud estudiados. Adicionalmente, se procedió a eliminar del análisis los PAM que contuviesen valores atípicos (outliers) en las otras prestaciones de la canasta (probablemente vinculados con casos complejos en su resolución), en cada uno de los problemas de salud analizados.

Asimismo, para asegurar la comparabilidad de los resultados se trabajó con aquellos planes de salud de características similares entre sí en cuanto a precio base final (rango 1-1,5 UF ó 1,5-2 UF) y cobertura de carátula hospitalaria (90%). Éstos representan al 21% del total de los planes de salud de esta selección, que incluye los cuatro problemas de salud estudiados: Cesárea (n=966), Parto Normal (n=941), Colectomía (n=626) y Apendicectomía (n=288). Para ello se aplicó la metodología que se detalla a continuación.

Dentro del conjunto de PAM identificados para cada problema de salud, el Archivo Maestro de Planes Complementarios⁴ permite clasificar, según prestador, todos los planes utilizados de acuerdo a rangos de precio base final (post reajuste contractual anual) y cobertura de carátula hospitalaria. Los rangos se construyeron cada 0,5 UF.

Para cada problema de salud y por cada combinación prestador-beneficiario (vinculados o ajenos a la isapre del prestador) se seleccionaron aquellos planes que presentaron mayor uso para una determinada combinación de rango precio-cobertura hospitalaria. En el caso

³ Tegtmeier, R. (2013). "Minuta: Valores facturados y permanencia hospitalaria de algunos problemas de salud de resolución médica y de resolución quirúrgica en el Sistema Privado de Salud Año 2012". Estudio MINSAL-Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud.

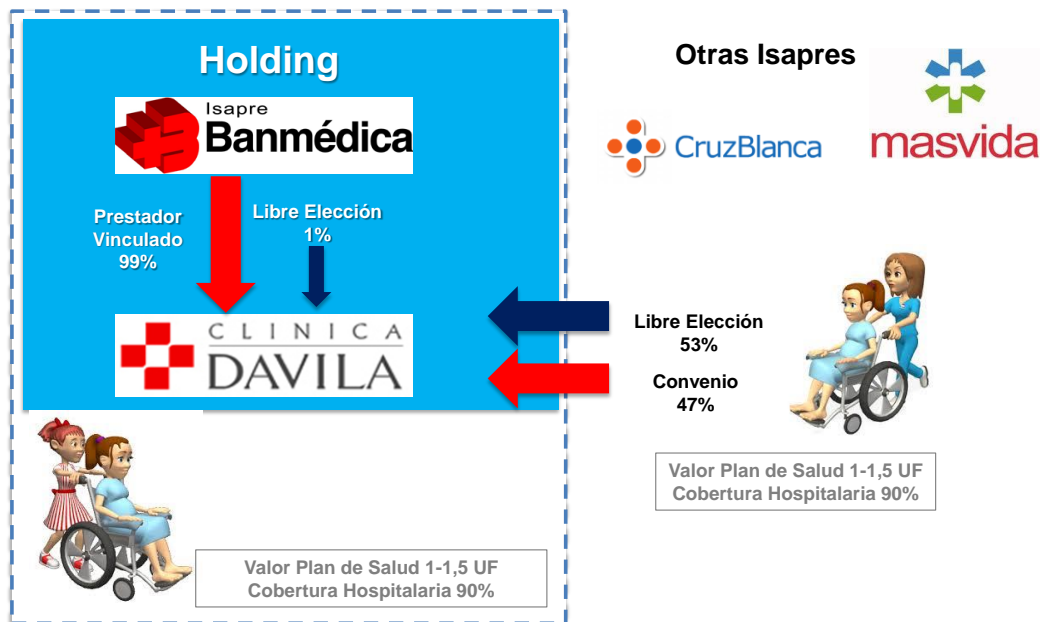
⁴ Corresponde a una base de datos que posee la Superintendencia de Salud a partir de información procesada y remitida por las mismas isapres, el que contiene información de los Planes Complementarios de Salud vigentes.

que en algún prestador no existiese una combinación de rango precio-cobertura hospitalaria predominante por sobre el resto, se optó por seleccionar el rango de precio, por lo que en determinados prestadores los planes seleccionados pertenecen al mismo rango de precio, pero presentan distintas coberturas de carátula (similares, pero no idénticas).

Una vez determinada la combinación a utilizar en cada prestador (por cada problema de salud), se realizó el ejercicio considerando, entre aquellos que se autoseleccionan para atenderse en un determinado prestador, únicamente a los beneficiarios que cuentan con planes de características similares entre sí.

A modo de ejemplo, se presenta el siguiente Esquema General que da cuenta de los flujos involucrados. A continuación se grafica la situación del Parto Normal en la Clínica Dávila, donde la combinación seleccionada corresponde a planes complementarios de salud con un precio base final entre 1-1,5 UF y con una cobertura de carátula hospitalaria de un 90%.

Esquema general Ejemplo parto normal – Clínica Dávila



El esquema da cuenta del uso -casi exclusivo- de los beneficiarios de Banmédica del prestador bajo la modalidad de preferente (99%), lo que no ocurre al observar el flujo de beneficiarios de otras isapres, donde predomina levemente el uso del prestador bajo la modalidad de libre elección por sobre la modalidad preferente vía convenio, de un 53% y 47%, respectivamente.

Finalmente, en la Tabla N° 4 se especifican las combinaciones seleccionadas de rango de precio base final-cobertura de carátula hospitalaria de los planes por cada isapre-prestador-problema de salud, distinguiendo entre aquellos que pertenecen a la isapre vinculada (Propios) de aquellos que no lo están (Otras isapres). Los espacios en blanco en algunos problemas de salud, indican que la cantidad de casos ("N") fue insuficiente para poder realizar el análisis comparativo.

Tabla N° 4

Combinación rango de precio base final-Cobertura de carátula hospitalaria de planes seleccionada

isapre	Prestador	Problema de Salud	Rango Precio Base (UF)		Cobertura Hospitalaria Carátula (%)	
			Propios	Otras isapres	Propios	Otras isapres
Banmédica	Clínica Dávila	Cesárea	1-1,5	1-1,5	90	90
		Parto Normal	1-1,5	1-1,5	90	90
		Colecistectomía	1-1,5	1-1,5	90	90
		Apendicectomía	1-1,5	1-1,5	90	80
	Clínica Santa María	Cesárea	1,5-2	1,5-2	90	90
		Parto Normal	1,5-2	1,5-2	90	90
		Colecistectomía	1,5-2	1,5-2	90	90
		Apendicectomía	1,5-2	1,5-2	90	90
Consalud	Clínica Bicentenario	Cesárea	1-1,5	1-1,5	90	90
		Parto Normal	1-1,5	1-1,5	90	90
		Colecistectomía				
		Apendicectomía				
	Clínica Tabancura	Cesárea	1,5-2	1,5-2	90	90
		Parto Normal				
		Colecistectomía				
		Apendicectomía				
	Clínica Avansalud	Cesárea				
		Parto Normal				
		Colecistectomía	1-1,5	1-1,5	90	90
		Apendicectomía				

Fuente: Elaboración propia.

5. Resultados

En este apartado se presenta el detalle de los resultados del estudio, separados por cada problema de salud, haciendo presente que en algunos de éstos no se exhiben resultados para la totalidad de los prestadores, ya que éstos presentan un número restringido de casos ("N"), lo que impide realizar el análisis.

Como se ha señalado, el foco central de este estudio se centra en el beneficiario y el efecto de la existencia de la relación de integración vertical entre su seguro y los prestadores vinculados. En este sentido, la variable relevante de análisis es el copago en el prestador bajo la modalidad de preferente, es decir, el gasto de bolsillo que deben realizar los beneficiarios al resolver determinados problemas de salud hospitalarios, ocurrencia que impacta en el presupuesto individual y familiar.

Visto desde la perspectiva de los usuarios, los beneficios de la relación de la integración vertical los estarían favoreciendo sólo en la medida que sus gastos de bolsillo fueran menores en el prestador del Holding de su isapre (prestador vinculado) comparados con los copagos de los beneficiarios de las otras isapres que se atienden en el mismo prestador (vía

convenio) y que la cobertura efectiva sea igual a la cobertura ofrecida en el Plan de Salud contratado (carátula), cuando requieren atención en la resolución de determinados problemas de salud, considerando planes de similares precios base y coberturas.

A continuación se presentan los resultados de cada uno de los problemas de salud estudiados.

5.1 Cesárea

Tabla N° 6
Resultados cesárea según prestador y origen de los beneficiarios

Prestador	Beneficiarios	Facturado (\$)	Bonificado (\$)	Copago (\$)	Dif. Copago (\$)	Cobertura Efectiva (%)
Clínica Dávila	Banmédica	1.277.573	1.099.836	177.737		86%
	Otras Isapres	1.362.659	1.220.974	141.685	-36.052	90%
Clínica Santa María	Banmédica	1.932.301	1.648.824	283.477		85%
	Otras Isapres	2.783.908	2.492.303	291.605	8.127	90%
Clínica Bicentenario	Consalud	1.353.982	1.181.303	172.679		87%
	Otras Isapres	1.674.077	1.615.229	58.848	-113.831	96%
Clínica Tabancura	Consalud	1.437.358	1.321.975	115.383		92%
	Otras Isapres	2.963.590	2.461.719	501.871	386.488	83%

Nota: Prestador vinculado (Beneficiarios de la propia isapre) y Prestador en Convenio (Beneficiarios de otras isapres)

Respecto a los prestadores del Holding Banmédica S.A., se observa que los beneficiarios que no pertenecen a la isapre vinculada (señalados como "Otras isapres" en la tabla de resultados), realizan un menor copago que los beneficiarios de la isapre vinculada al prestador en la Clínica Dávila. En cambio, en la Clínica Santa María el copago es levemente superior para los beneficiarios de otras isapres, siendo el valor facturado un 44% superior para éstos, con respecto a los beneficiarios propios de la isapre Banmédica (\$2.783.908 *versus* 1.932.301).

Respecto a los prestadores del Holding Sociedad de Inversiones y Servicios La Construcción S.A., se observa que los beneficiarios de otras isapres realizan un menor copago que los beneficiarios de la isapre vinculada al prestador en la Clínica Bicentenario, no así en la Clínica Tabancura donde el copago es más alto para los beneficiarios de otras isapres. Cabe hacer presente, que en esta última clínica el valor facturado por la Cesárea es el doble para los beneficiarios de otras isapres, con respecto a los beneficiarios propios de la isapre Consalud (\$2.963.590 *versus* \$1.437.358).

A su vez, en todos los prestadores, con excepción de la Clínica Tabancura, la cobertura de carátula coincide con la cobertura efectiva (inclusive es superior en el caso de la Clínica Bicentenario) para los beneficiarios de otras isapres (96%). Por otra parte, en el resto de los prestadores la cobertura efectiva promedio que obtienen los beneficiarios de la isapre vinculada es inferior a la de carátula, excepto en la Clínica Tabancura. En general, la cobertura financiera efectiva es superior para los beneficiarios que pertenecen a otras isapres, comparado con la cobertura efectiva de los beneficiarios de la propia isapre (excepto en la Clínica Tabancura).

5.2 Parto normal

Tabla N°7

Resultados parto normal según prestador y origen de los beneficiarios

Prestador	Beneficiarios	Facturado (\$)	Bonificado (\$)	Copago (\$)	Dif. Copago (\$)	Cobertura Efectiva (%)
Clínica Dávila	Banmédica	970.860	847.022	123.838		87%
	Otras Isapres	1.051.949	945.352	106.597	-17.240	90%
Clínica Santa María	Banmédica	1.963.701	1.715.041	248.660		87%
	Otras Isapres	2.127.540	1.909.821	217.719	-30.941	90%
Clínica Bicentenario	Consalud	1.206.666	1.050.129	156.537		87%
	Otras Isapres	1.278.944	1.238.513	40.431	-116.106	97%

En todos los prestadores, independiente del Holding, se observa que los beneficiarios de otras isapres realizan un copago menor que los beneficiarios de la propia isapre vinculada al prestador. Cabe hacer presente, que en la Clínica Santa María el valor facturado por la Cesárea es el doble que en la Clínica Dávila, tanto para los beneficiarios de la propia isapre (\$1.963.701 versus \$970.860), como para los beneficiarios de las otras isapres (\$2.127.540 versus \$1.051.949).

Asimismo, en todos los prestadores la cobertura efectiva coincide con la cobertura de carátula (90%), inclusive es superior en el caso de la Clínica Bicentenario, para los beneficiarios que pertenecen a otras isapres y es inferior a la cobertura de carátula para los beneficiarios de la propia isapre (87%). En general, la cobertura financiera efectiva es superior para los beneficiarios de otras isapres, que los beneficiarios de la propia isapre vinculada.

5.3 Colectostomía

Tabla 8

Resultados colecistectomía según prestador y origen de los beneficiarios

Prestador	Beneficiarios	Facturado (\$)	Bonificado (\$)	Copago (\$)	Dif. Copago (\$)	Cobertura Efectiva (%)
Clínica Dávila	Banmédica	2.231.244	1.964.595	266.648		88%
	Otras Isapres	2.127.263	1.920.023	207.240	-59.409	90%
Clínica Santa María	Banmédica	3.333.396	2.782.192	551.204		83%
	Otras Isapres	4.104.139	3.618.520	485.619	-65.585	88%
Clínica Avansalud	Consalud	1.354.250	1.213.336	140.914		90%
	Otras Isapres	1.402.990	1.310.970	92.019	-48.895	93%

En todos los prestadores, independiente del Holding, se observa que los beneficiarios que pertenecen a otras isapres realizan un copago menor que los beneficiarios de la propia isapre vinculada al prestador.

A su vez, en casi todos los prestadores la cobertura efectiva coincide con la cobertura de carátula (90%), inclusive es superior en el caso de la Clínica Avansalud, para los beneficiarios que pertenecen a otras isapres y es inferior a la cobertura de carátula para los beneficiarios de la propia isapre. En general, la cobertura financiera efectiva es superior para los beneficiarios de otras isapres, que los beneficiarios de la propia isapre vinculada.

5.4 Apendicectomía

Tabla N° 9

Resultados apendicectomía según prestador y origen de beneficiarios

Prestador	Beneficiarios	Facturado (\$)	Bonificado (\$)	Copago (\$)	Dif. Copago (\$)	Cobertura Efectiva (%)
Clínica Dávila	Banmédica	2.375.327	2.026.478	348.848		85%
	Otras Isapres	2.447.450	2.186.714	260.736	-88.112	89%
Clínica Santa María	Banmédica	3.287.085	2.889.135	397.950		88%
	Otras Isapres	3.847.660	3.459.441	388.220	-9.731	90%

En todos los prestadores del Holding Banmédica, se observa que los beneficiarios que pertenecen a otras isapres realizan un copago menor que los beneficiarios de la propia isapre vinculada al prestador. El Holding vinculado a la isapre Consalud no pudo ser estudiado, por cuanto el número de casos ("N") fue insuficiente para hacer el análisis.

A su vez, en ambos prestadores la cobertura efectiva es similar a la cobertura de carátula (90%), para los beneficiarios que pertenecen a otras isapres y es inferior a la cobertura de carátula para los beneficiarios de la propia isapre. En general, la cobertura financiera efectiva es superior para los beneficiarios de otras isapres, que los beneficiarios de la propia isapre vinculada.

6. Conclusiones

- Los resultados muestran que, en general, para la resolución de estos problemas de salud hospitalarios, en condiciones de precios base y coberturas similares, los beneficiarios de otras isapres que se atienden en los prestadores del Holding (vía convenio), en promedio, tienen un gasto de bolsillo un 19% menor que los beneficiarios de las isapres vinculadas al prestador (Holding), siendo la excepción la Cesárea en la Clínicas Santa María y Tabancura, que son prestadores con mayores valores facturados.
- Con respecto a la cobertura, observamos que la cobertura efectiva hospitalaria promedio observada (90%) es igual a la cobertura de carátula hospitalaria (90%) ofrecida a los beneficiarios de otras isapres, incluso en algunos casos es superior. En cambio, en los beneficiarios de las isapres vinculadas al Holding, la cobertura efectiva hospitalaria promedio observada (87%) es menor a la cobertura de carátula hospitalaria (90%) ofrecida a sus propios beneficiarios.
- Conforme a los resultados observados en este estudio y, contrariamente a lo esperado, los beneficiarios que se atienden en el prestador del Holding de su isapre (prestador vinculado), salvo algunas excepciones puntuales, tienen un copago mayor y una cobertura efectiva menor, que los beneficiarios de otras isapres atendidos en el mismo prestador vía convenio. Esto significa que la alternativa de convenio, en general, es más beneficiosa para los usuarios en términos de gasto de bolsillo (copago) y cobertura efectiva para la resolución de problemas de salud hospitalarios, que la opción de la integración vertical.
- En el marco de los Índices Referenciales Operacionales del Sistema Privado de Salud, elaborados anualmente por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), los resultados para la última versión (disponible durante primer trimestre de 2015) son consistentes con los resultados del presente estudio y refuerzan el hecho de que no se observan beneficios monetarios para los beneficiarios de isapres derivado de la relación de integración vertical.
- Cabe señalar que este estudio comprende un primer acercamiento del tema, por lo que para efectuar una evaluación integral de los efectos de la integración vertical se deben considerar otros aspectos que deben ser evaluados en estudios futuros.

Referencias

Copetta, C. (2001). "Análisis de la Concentración en la Industria de las isapres". Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de isapres.

Copetta, C. (2004). "Indicación Legal sobre Integración Vertical". Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud.

Copetta, C. (2013). "Prestadores de Salud, isapres y Holdings: ¿Relación Estrecha?". Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud.

Miranda, E., Paredes, R. (1997). "Competencia, Integración Vertical y Rendimiento en los Servicios de Salud Públicos y Privados de Chile". Banco Interamericano de Desarrollo, Documento de Trabajo R-306.

Pontificia Universidad Católica de Valparaíso (2012). "Mercado de la Salud Privada en Chile". Estudio solicitado por la Fiscalía Nacional Económica.

Superintendencia de Salud (2006). Memorandum N° 23, Fiscalía, Superintendencia de Salud.

Superintendencia de Salud (2013). "Análisis de la participación de isapres en la administración de entidades prestadoras de salud". Informe de Fiscalización n° 20, Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, Superintendencia de Salud.

Superintendencia de Salud (2014). Circular IF/N° 211, Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales, Superintendencia de Salud.

Tegtmeier, R. (2013). "Minuta: Valores facturados y permanencia hospitalaria de algunos problemas de salud de resolución médica y resolución quirúrgica en el Sistema Privado de Salud Año 2012". Estudio MINSAL-OCDE. Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud.