

## Documento de Trabajo

# Seguros de Salud y Organización Industrial

Departamento de Estudios y Desarrollo

Agosto 2021



## Tabla de Contenidos

1.	Propósito y objetivo.....	4
2.	Hacia un modelo de análisis de la industria de aseguramiento – atención de salud.....	5
2.1	Aspectos conceptuales, niveles y perspectiva de análisis.....	5
2.2	Los problemas de la integración horizontal y vertical.....	7
2.3	Dimensiones para considerar en el análisis de la industria de aseguramiento – atención de salud.....	10
2.4	Antecedentes en torno a la organización de la industria de la salud en Chile.....	11
3.	Sector público de atención de salud.....	17
3.1	Mecanismos de pago y financiamiento del sistema público de salud.....	17
3.2	Mecanismos de pago y financiamiento de Atención Primaria de Salud (APS).....	19
3.3	Mecanismos de pago y relación público - privada en la asistencia sanitaria.....	22
4.	Sector privado de aseguramiento y atención en salud.....	24
4.1	Seguros de salud pertenecientes a la seguridad social.....	24
4.2	Estructuración de la industria de seguros privados de salud.....	28
4.3	Estructuración de conjunto de la industria de seguros de salud privados en Chile.....	29
5.	La demanda de seguros de salud.....	34
5.1	Determinantes de la demanda de aseguramiento atención sanitaria.....	34
5.2	Segmentación de la demanda de seguros de salud en Chile.....	35
5.3	Problemas de selección en el mercado de seguros de salud en Chile.....	36
6.	A modo de conclusión: Una visión de conjunto de la industria de aseguramiento – atención de salud en Chile.....	40
7.	Referencias.....	44

## Lista de Figuras

Figura 1 Efectos económicos de la Integración vertical entre aseguramiento y atención de salud.....	9
Figura 2 Esquema de análisis de la industria de aseguramiento – atención de salud.....	10
Figura 3 Flujos financieros en el sistema de salud de Chile.....	13
Figura 4: Estructura del sistema de atención en salud en Chile.....	14
Figura 5 Participación en el gasto total de salud según fuente de financiamiento, 2018.....	15
Figura 6 Participación de actores en la gestión de fondos sector salud, 2013.....	16
Figura 7 Distribución del gasto en salud según destino final, 2013.....	16
Figura 8 N° de establecimientos hospitalarios del SNSS según nivel de complejidad, 2018.....	19
Figura 9: Relación entre la población (demanda) y los establecimientos de salud de atención primaria (Oferta).....	20
Figura 10: Procedimiento de cálculo del financiamiento estatal vía per cápita mensual por comuna.....	21

Figura 11: Financiamiento global de la atención primaria de salud .....	21
Figura 12 Red de Atención Primaria de Salud en Chile.....	22
Figura 13 Estructura de la industria de seguros de salud perteneciente a la seguridad social .....	25
Figura 14 Estructura de la industria de seguros privados de salud .....	29
Figura 15 Relación estructura de industria de seguros de salud .....	30
Figura 16 Aspecto asociados a un evento de salud .....	35
Figura 17 Dimensiones condicionantes de la estructura y dinámica de la industria de la salud en Chile .....	40
Figura 18 Determinación de precio de prestaciones .....	41
Figura 19 Precio de prestación como síntesis de mix de aseguramiento en salud .....	42

### Lista de Tablas

Tabla 1: Presupuesto FONASA para Transferencias corrientes por Programas 2020 .....	18
Tabla 2: Facturación de prestadores privados según origen del financiamiento, 2014 .....	22
Tabla 3 Composición y variación en camas de prestadores públicos y privados, 2010 – 2019 .....	23
Tabla 4 Beneficiarios según tipo de aseguramiento N° y %, 2018.....	36

## 1. Propósito y objetivo

El análisis de la industria de seguros de salud en Chile si bien existe, no es muy abundante. Generalmente, la investigación aplicada, por las propias características de ella, se concentra en aspectos específicos, con lo cual se pierde la visión de conjunto, es decir, las características concretas a las que se enfrentan los ciudadanos a la hora de ejercer las opciones que les ofrece el entorno al cual se enfrenta.

Por lo anterior, se hace necesario tener a la vista marcos de análisis algo más generales, que permitan situar las fronteras específicas de algunos problemas en un contexto global.

En consecuencia, los objetivos que se plantean en este documento de trabajo son poder avanzar en la construcción de una mirada general de la industria de seguros y atención de salud en Chile, que permita abordar, situadamente, un conjunto de problemas específicos de las partes componentes de la industria.

Este estudio utiliza herramientas analíticas y conceptuales de Economía de la Organización Industrial. El documento se estructura en cinco grandes capítulos, comenzando por el objetivo de la investigación y el modelo de análisis utilizado. Posteriormente, se abordan los aspectos de la oferta de aseguramiento en salud, donde los tercer y cuarto capítulos se enfocan en los sectores público y privado. Para caracterizar la demanda de los seguros de salud, el capítulo cinco puntualiza temas como los determinantes de dicha demanda, la segmentación y los problemas de selección en el mercado de seguros de salud en Chile. Finalmente, en el capítulo seis, se ofrece una síntesis de las conclusiones más relevantes en torno al aseguramiento en salud, así como también se puntualizan aspectos que requieren otros estudios en mayor profundidad.

## 2. Hacia un modelo de análisis de la industria de aseguramiento – atención de salud

En esta sección se busca relevar los temas y dimensiones de análisis que no pueden estar ausentes del estudio integral de la industria de aseguramiento en la atención de salud en Chile. La sección se ordena en 4 apartados. En el primero se señalan brevemente los aspectos conceptuales básicos, así como los niveles y perspectivas de análisis que se incorporan en este trabajo. En el segundo apartado se introduce el análisis de la industria de aseguramiento y atención de salud desde la perspectiva de la integración vertical y horizontal. En el tercer apartado se ordenan distintas dimensiones que componen los elementos esenciales de la industria tomando como ordenador las decisiones que los agentes deben tomar en la dinámica de esta. Se termina esta sección con la introducción de los elementos más característicos y generales de la industria en Chile.

### 2.1 Aspectos conceptuales, niveles y perspectiva de análisis

Adentrarse en el análisis de la industria de la salud, supone una descripción de las formas organizacionales que se configuran en los mercados. Las estructuras de mercado que se conocen son variadas, y se definen en función de las características de la oferta y la demanda de bienes y servicios, así como de sus interrelaciones.

Desde la perspectiva pública, lo que interesa es evaluar y analizar la industria en términos de la estructura, conductas y sus resultados. En este sentido, los resultados se entienden como aquellos que tienen efectos sobre el bienestar de la sociedad. Esta es la perspectiva normativa que debe guiar los afanes de investigación en la esfera de lo público.

Generalmente, en la evaluación del bienestar social se parte de la base de que la competencia perfecta es la estructura de mercado a alcanzar, pues en la medida de que existan innumerables oferentes y demandantes se establecerá una competencia que llevará a la sociedad a su máximo bienestar. Este último es entendido como un estado de producción y consumo máximos dada una capacidad de producción, determinándose un precio y una cantidad de equilibrio. Ello supone que tanto compradores como vendedores tienen información perfecta respecto de los aspectos relevantes del mercado y que existen bajos o nulos costos de entrada o salida de la industria.

Teniendo el estado de competencia perfecta como referencia, se pueden observar distintas variantes de estructuras de mercado, las cuales varían de acuerdo con los grados de competencia que supone un mercado determinado. Si se considera una industria con solo un oferente e innumerables compradores, decimos que esa es una estructura de mercado monopólica. Si se considera que en la industria existe sólo un demandante e innumerables oferentes, identificamos una estructura de mercado monopólica. En ambos casos el nivel de bienestar social es menor, lo que se expresa en precios más altos y en cantidades demandadas más bajas en relación con una industria que opera bajo condiciones de competencia perfecta.<sup>1</sup>

El análisis de la industria de la salud implica considerar más de una industria, se trata de analizar las interacciones de distintas industrias orgánicamente vinculadas, cuyo nodo de interés que las imbrica, es el proceso de salud – enfermedad - atención de la población. Sólo por mencionar las principales industrias vinculadas, están: la asistencia sanitaria en sus

---

<sup>1</sup> Las distintas estructuras de mercado suponen distintos tipos de equilibrio de mercado, donde el equilibrio se define por un precio y una cantidad. En otras palabras, cada estructura de mercado despejará un precio y cantidades distintas.

distintas complejidades y modalidades de atención, el aseguramiento en salud, fármacos y laboratorios, servicios médicos, equipamiento clínico, formación de profesionales y técnicos en el área sanitaria, entre otras.

Esta organización se estructura como un sistema complejo, ya que está compuesto por varias partes interconectadas o entrelazadas cuyos vínculos crean información adicional no visible ante el observador como resultado de las interacciones entre elementos. Así, una prestación sanitaria necesariamente implica una determinada infraestructura tecnológica, que requiere de un conocimiento experto, y para la cual se utilizan determinados fármacos, etc. El cómo se organicen los propietarios de los recursos para dar lugar a una prestación sanitaria, configurará las características centrales de la industria.

De este modo, se observarán interrelaciones de mercado por la vía de contratos, convenios preferentes, de orden administrativo en el caso de una firma totalmente integrada<sup>2</sup>, o todas las anteriores simultáneamente establecidas por un mismo actor.

Como una forma de simplificar nuestro análisis, en este trabajo sólo nos referiremos a la industria de aseguramiento y a la de asistencia sanitaria, independiente de su calidad jurídica (pública o privada), estableciendo así las características propias de cada segmento de la industria de aseguramiento y atención de salud.

El enfoque adoptado es el de la economía de la salud y la organización industrial. El primero nos entrega las herramientas conceptuales propias de la industria de salud, y la segunda nos entrega los elementos necesarios para analizar las interrelaciones entre los distintos actores y las formas en que estos despliegan la iniciativa empresarial y organizacional en esta industria.

Es importante dar cuenta que generalmente las estructuras de una industria no son absolutas, es decir, no se observan estructuras de monopolio puro, o monopsonio puro. En consecuencia, cabe referirse al grado de competencia que prevalece en la industria en un momento determinado. Avanzar en una caracterización de la industria de la salud, dice relación con al menos los siguientes aspectos:

- Grado de competencia en la industria de seguros
- Grado de competencia en calidad de los prestadores
- Grado de competencia entre los prestadores
- Grado de competencia en los servicios médicos
- Grado de integración horizontal y vertical

El grado de competencia en la industria de seguros o prestadores se define a partir de criterios generales, tales como el grado de concentración, medido habitualmente por algún índice del tipo Herndahl-Hirschmann, de competencia Logit (LOCI), o la cuota de mercado de Elzinga-Hogarty, entre las más utilizadas, sean estos seguros o prestadores (Antwi et al., 2013; Berden et al., 2019; Cooper et al., 2018). Más allá del índice que se utilice, se trata de determinar el poder de mercado de los actores calculando la magnitud de la participación de un actor en las ventas totales de la industria, o con qué porcentaje de la cartera cuenta cada actor, el número de camas de un hospital respecto del total, etc.

El grado de concentración, en teoría, aumenta el poder de mercado en cuanto a la determinación de los precios, es decir, a mayor concentración en los prestadores mayores serán los precios de las prestaciones. El mismo resultado se observaría cuando la

---

<sup>2</sup> También se le denomina transferencias intra-firma, presente en las formas de organización vertical.

concentración ocurre en el sector de los seguros respecto de las primas y el precio de las prestaciones.

Se asocia a este tipo de estudios, a aquellos que abordan los determinantes del precio de las prestaciones, donde una de las variables explicativas es precisamente el grado de concentración de los seguros y/o los prestadores. En este punto, la evidencia indica que la concentración de los seguros influye en la baja del precio de las prestaciones, por el contrario, no existe evidencia concluyente acerca del impacto de la concentración de los prestadores en el precio de las prestaciones (Moriya et al., 2010; Halbersma et al., 2007). Adicionalmente, se observa también que la concentración en el mercado de los seguros de salud esta positivamente correlacionado con aumentos en las primas (Li, 2013).

Otro aspecto es la competencia por los servicios médicos, este tema es muy relevante, pues es este estamento del personal de un hospital el que tiene un protagonismo mayor en las atenciones de salud, en consecuencia, el cómo ellos negocien sus salarios o servicios<sup>3</sup>, determinará en una medida relevante el precio de las prestaciones de salud.

## 2.2 Los problemas de la integración horizontal y vertical

Se entiende por integración horizontal a una estrategia empresarial que busca capturar porciones crecientes de mercado, mediante la oferta de un producto similar en distintos segmentos de demanda. La integración horizontal se produce mediante la compra de acciones o la fusión de dos o más empresas, por ejemplo, dos aseguradoras de salud, o dos prestadores. Los beneficios que se le atribuyen a esta forma de crecimiento empresarial son la de aumentos en eficiencia, pues se aprovechan economías de escala y alcance, disminuyendo los costos de las empresas fusionadas.

Se entiende por integración vertical (IV) a la fusión de dos o más partes de un proceso productivo en una sola unidad de decisión económica, por ejemplo, una aseguradora con un prestador, o viceversa. En el caso chileno, esto se complejiza, pues existe una parte de las aseguradoras que pertenece a la seguridad social, con sus regulaciones ad hoc, y otra que no pertenece a la seguridad social, regulada con otro marco jurídico, donde los prestadores privados no presentan una regulación económica distinta a cualquier otra actividad económica, y por tanto habría ahí un espacio de mejora del marco regulatorio. En ambas situaciones se aumenta el poder de mercado de quienes así se configuren.<sup>4</sup>

La integración vertical relaciona a tres actores “verticalmente”, en la parte ascendente se ubican los proveedores de atención sanitaria, básicamente hospitales (y médicos), descendiendo se ubican las aseguradoras que cumplen el rol de ordenar los productos hacia arriba, y los consumidores que demandan planes de salud a las aseguradoras que les permiten acceder a una red de prestadores ofrecidos por estas. El que la naturaleza de la relación entre los actores sea vertical, implica que cada actor pertenece a un nivel diferente de la relación (Diebel, 2018).

---

<sup>3</sup> La distinción no es trivial jurídicamente, pues si se negocian salarios se hace desde la condición de trabajador, en cambio, si se negocian precios de servicios, se hace desde la perspectiva de otra firma que vende servicios médicos al hospital, no teniendo en este caso la condición de asalariado. En el primer caso se establece una relación de médico – hospital, mientras que en el segundo caso se establece una relación de hospital – empresa de servicios médicos.

<sup>4</sup> Conviene en este punto señalar que nos estamos refiriendo a formas de organización de los actores desde una perspectiva económica y no jurídica. Esto es importante, pues sale a discusión pública cada cierto tiempo el por qué la Superintendencia no interviene cuando la integración vertical está presente. La razón entre otras es que el fenómeno concreto de integración es mucho más complejo que el tratamiento conceptual, y adicionalmente en que la ley define una forma de integración vertical, pero en la práctica esta puede asumir muchas formas, las cuales quedan fuera de las atribuciones de la Superintendencia.

La pregunta que naturalmente surge es por qué una empresa toma una decisión de integrarse y otras no lo hacen, qué se gana y qué se pierde con la integración. Por qué es mejor estar integrado que tener contratos adecuados a mediano o largo plazo.

La naturaleza de la problemática de la integración vertical, las causas, y sus formas específicas de manifestación en los mercados es variada, dependerá del tipo de industria de que se trate. Esta heterogeneidad de casuística quizás explique el que no exista una teoría unificada sobre el fenómeno. En efecto, en Bresnahan, T. and Levin, J. (2012), se presenta una exhaustiva revisión del trabajo teórico y aplicado respecto de los problemas de integración vertical, se mencionan muchos casos asociados a distintos tipos de industria, como la de aluminio, estaño, centrales hidroeléctricas, salud, etc. En ese contexto, se plantean dos grandes escuelas de reflexión frente a este tema. Por una parte, encontramos la tradición inaugurada por Ronald Coase a fines de la década de los 30', quien pone el acento en los costos de transacción, entendiendo que las empresas existen para disminuir tales costos a través de los mercados. En este sentido, la integración vertical se observaría en variadas industrias por ser una solución más eficiente que la que brinda el mercado. De lo dicho, de acuerdo con los autores, se requiere avanzar algo más en explicar por qué la solución de mercado es ineficiente, y por qué esas ineficiencias no se pueden corregir con mejores contratos, y por qué la integración es una solución para algunos casos y no en otros.

En la década de los 70' la integración de los costos de transacción amplía la idea original de Coase al describir un amplio conjunto de ineficiencias en las transacciones y posibles respuestas organizacionales. Aquí el trabajo seminal es el de Williamson, O. (1971),<sup>5</sup> en él se establecen ciertas premisas del enfoque que vale la pena mencionar. Se parte de la base de que los contratos son por definición incompletos, no pueden cubrir todos los eventos que pudieran darse en una transacción comercial que se ejecuta en un tiempo posterior a la firma del contrato. Evidentemente, al no poder cubrir todos los eventos, existe riesgo, el cual da a lugar a comportamientos oportunistas. Si a lo anterior se le agrega la incertidumbre propia del bien o servicio que se esté transando, por ejemplo, un evento clínico, se argumenta desde esta perspectiva, de que la integración vertical puede ser una respuesta eficiente desde el punto de vista organizacional.

Al integrar el análisis de bienestar a esta reflexión, se introducen criterios para responder quién gana y quién pierde con la integración. Bien puede pasar, que la integración vertical beneficie a quienes se integren, pero perjudique la posición de los otros actores de la industria, otros prestadores, otras aseguradoras, y los demandantes de atención sanitaria, de ahí la importancia, desde la perspectiva pública, de construir esa síntesis.

Desde la teoría económica se postula que la integración vertical no es mala *per se*, por el contrario, se asume que ésta tiene efectos positivos en la eficiencia, evitando la doble marginación, disminución o eliminación de costos de transacción, disminución de asimetrías de información, economías de escala y alcance, así como la alineación de intereses (Gaynor y Town, 2012; Diebel, 2018; Van der Heiden, 2013; Bresnahan y Levin, 2012). A estas consideraciones habría que agregar aspectos propios de las decisiones estratégicas de las empresas en los mercados (Bresnahan y Levin, 2012). También se señalan algunos efectos positivos indirectos que tendría la IV, como por ejemplo la construcción de sistemas de información más eficientes, la baja en los precios de las prestaciones sanitarias, entre otros.

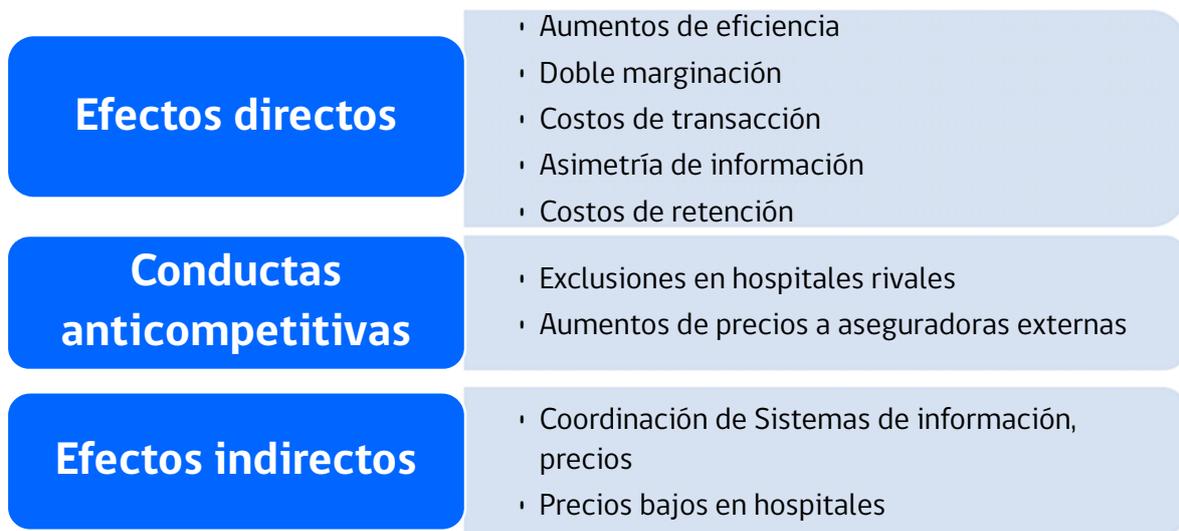
---

<sup>5</sup> A esta corriente de reflexión se le conoce como Economía Organizacional dentro de la escuela de pensamiento económico de la Nueva Economía Institucional inaugurada con Ronald Coase en 1937.

Sin embargo, muchas veces se llama la atención sobre esta forma de organización de la actividad empresarial, pues potencialmente, producto del poder de mercado, puede inducir conductas anticompetitivas, tales como la colusión, la discriminación de precios, la exclusión de hospitales rivales, la exclusión de aseguradoras rivales u otras.

Las conductas anticompetitivas son un resultado previsible cuando las organizaciones integradas compiten, tanto en el ámbito de los seguros como en los prestadores. En efecto, en estas situaciones hay incentivos para que en el ámbito de los prestadores los que pertenecen a una estructura integrada les cobren precios mayores a las aseguradoras competidoras, más aún si existe escasez relativa de capacidad hospitalaria. Todo esto se sintetiza en la Figura 1.

**Figura 1: Efectos económicos de la integración vertical entre aseguramiento y atención de salud**



Fuente: Elaboración propia sobre la base de Bresnahan, T. and Levin, J. (2012) y Gaynor, M and Town, R. (2012).

En la teoría económica las conclusiones respecto de la bondad o no de la IV no son concluyentes (Cuesta et al., 2019; Gaynor et al., 2012; Joskow, 2005; Diebel 2018; Hardt y Tirole, 1990). Por otra parte, el abordar este problema no es fácil, pues como decíamos con anterioridad, este tipo de fenómenos no se presentan en la realidad como puros, sino que estas prácticas conviven con situaciones de mercado competitivas. Piénsese en un mercado donde existen compañías integradas que compiten con seguros y prestadores puros, o en integraciones productivas parciales, para un determinado conjunto de patologías, etc. Lo que uno podría observar en la industria de aseguramiento atención de salud son organizacionales de cuasi integración vertical, o integración parcial.

Los estudios empíricos en esta área no son muchos, en algunos, como el de Diebel, A. (2018), se analizan los efectos en el bienestar social de la integración vertical en el sector sanitario de los Estados Unidos. A partir de un modelo estructural, se captura el comportamiento de los demandantes de seguros y atención sanitaria, en conjunto con la incorporación de un modelo de negociación de precios entre aseguradoras y hospitales. Los resultados revelan que el poder de negociación de los hospitales integrados aumenta, mientras que el impacto en el bienestar, entendido este como la suma de los cambios en el excedente del consumidor y del productor, aumenta en un escenario de prohibición de la integración vertical, cuantificado en 20 mil

millones de dólares por año. Adicionalmente, en este estudio se señala que la integración vertical opera como barrera a la entrada de nuevos actores en la industria.

Ejemplos más cercanos, como el de Colombia indican evidencia no concluyente. En Cifuentes, E. (2018) se muestra cómo la IV ha producido bajas en los precios pagados por las aseguradoras a los prestadores, sin embargo, ello es válido sólo para un conjunto de prestaciones, mientras que para otros el resultado ha sido el contrario. En Restrepo, J. *et al* (2006) se muestra evidencia donde se concluye que la integración vertical genera beneficios mayores al que prevalecerían en un esquema de empresas independientes, además de que los precios de las prestaciones resultan menores.

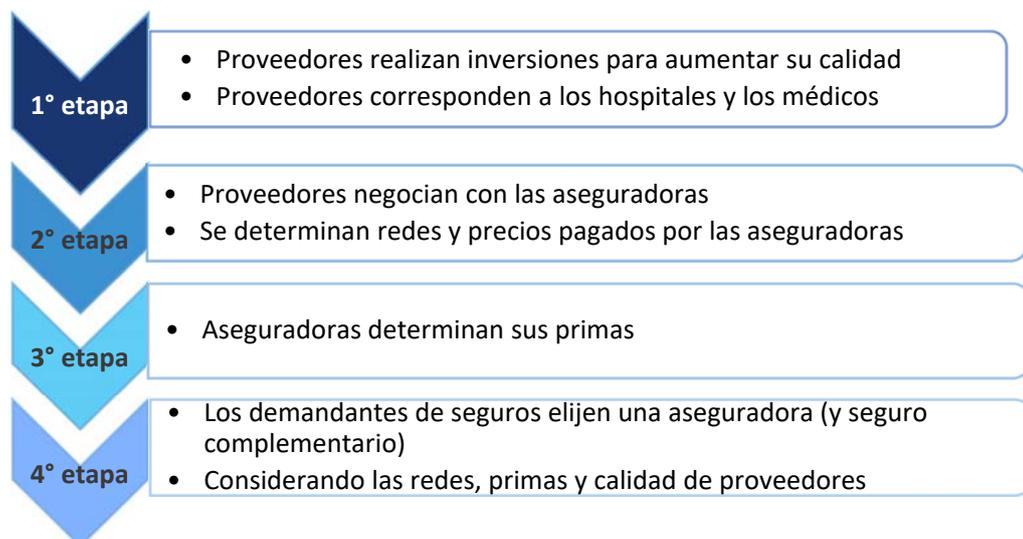
### 2.3 Dimensiones para considerar en el análisis de la industria de aseguramiento – atención de salud

Un esquema de análisis del complejo industrial de la salud se observa en la Figura 2. En ella, para efectos analíticos, se identifican etapas en el análisis, las cuales se traducen en decisiones que van tomando los distintos actores de la industria. En efecto, el modelo de análisis considera decisiones de inversión de los proveedores de atención sanitaria, médicos y hospitales, con objeto de mejorar la calidad de los servicios, y por esa vía enfrentar de mejor manera las negociaciones con las aseguradoras, suponiendo que no existe integración vertical (Gaynor *et al.*, 2015).

Así, un segundo nivel de decisión involucra los precios de las prestaciones sanitarias y las redes con las que pueden contar las aseguradoras para la atención de las personas afiliadas. En función de lo anterior, y de otras consideraciones propias de la cartera de beneficiarios y beneficiarias, éstas fijan las primas que cobrarán a las personas que potencialmente se afiliarán.

Por último, un cuarto nivel de decisión corresponde a la elección de una aseguradora por parte de los demandantes, donde las redes, calidad de estas y prima, son variables de decisión privilegiadas. La forma en se resuelva cada etapa de decisión, afectará las decisiones en los otros espacios de la industria.

Figura 2: Esquema de análisis de la industria de aseguramiento – atención de salud



Fuente: Elaboración propia sobre la base de Gaynor, M. *et al* (2015).

Se puede plantear que cada una de estas etapas refleja un ámbito de investigación en la economía industrial de la salud, de las cuales nos concentraremos sólo en algunas. Un área que puede ser interesante de explorar para el caso de Chile son las relaciones que se establecen entre las distintas sociedades médicas y los prestadores públicos y privados, hasta donde sabemos no existe nada de esta naturaleza en el país. Tampoco encontramos algún trabajo que explore la determinación de precios de prestaciones entre los seguros y los prestadores.<sup>6</sup>

Evidentemente, este es un modelo general, que, para el caso de Chile, debiera integrar, a los seguros voluntarios de salud, o de aseguramiento complementario que, en conjunto con la oferta de los seguros de la seguridad social, determinarían el precio relevante para el demandante de atención sanitaria.

En síntesis, este modelo pone en el centro del análisis del bienestar social, a las distintas interrelaciones que se establecen entre los actores de la industria, que determinarán las variables principales que afectan el bienestar social, como son la calidad de los prestadores, el valor de las primas y el precio de las prestaciones. Desde esta perspectiva, lo esencial no es la estructura en sí misma, sino que la conducta de los actores que debe verse reflejada en los resultados de pérdida o ganancia de bienestar social.

## 2.4 Antecedentes en torno a la organización de la industria de la salud en Chile

La industria de la salud está compuesta por dos segmentos distintos, pero relacionados. En la actualidad, el componente principal de esta industria es ocupado por el Fondo Nacional de Salud (Fonasa) y la red de prestadores públicos. En segundo lugar, encontramos los seguros privados denominados Instituciones de Salud Previsional (Isapre) y los prestadores privados. Junto con lo anterior encontramos a las compañías de seguros que ofrecen entre sus productos seguros voluntarios de salud.

Tanto Fonasa como las Isapres representan la seguridad social en salud, es decir, aquellos seguros financiados con la cotización obligatoria para todo asalariado con contrato de trabajo formal. Por su parte, los seguros de salud que ofrecen las compañías de seguro son voluntarios y se agregan a las coberturas que otorga la seguridad social.

Dicho lo anterior, se debe tener claridad respecto de las características de estos dos sistemas de seguridad social, que en términos generales se corresponde con un sistema mixto, donde la población de mayor riesgo sanitario y de menores ingresos se atiende en el sistema público por la vía del Fonasa<sup>7</sup>, y la población de menor riesgo y mayores ingresos se concentra en las Isapres (Miranda y Paredes, 1997).

Las Isapres ofrecen planes que son financiados por dos modalidades. La primera corresponde al 7% obligatorio de la renta imponible de la seguridad social en salud<sup>8</sup>, al que opcionalmente los cotizantes pueden agregar un Plan Complementario, adicionando en promedio un valor equivalente a aproximadamente al 3% de la renta imponible, donde las primas responden

---

<sup>6</sup> Con la excepción del trabajo de Olivares, P. *et al* (2016), el cual muestra la gran dispersión de precios de las prestaciones, sin embargo, no explora los determinantes de los precios.

<sup>7</sup> En estricto rigor, una parte importante de los beneficiarios y beneficiarias del Fonasa se atiende en el sector privado de prestadores por la vía de la Modalidad de Libre Elección (MLE).

<sup>8</sup> La renta imponible, tanto para el sistema público como privado tiene un techo, que actualmente alcanza a \$2.270.000, equivalente a aproximadamente US\$2.838.

legalmente, a una tabla de factores construida en función de la edad y el sexo de las personas beneficiarias. Ambas opciones son reguladas por la Superintendencia de Salud.

El Fonasa se financia con la contribución del 7% de la renta imponible de sus cotizantes y con transferencias directas del Estado provenientes de las arcas fiscales. Quienes están afiliados al Fonasa se agrupan en dos segmentos, quienes cotizan, que denominamos contribuyentes, y quienes no cotizan, llamado sector no contributivo. Quienes contribuyen, se clasifican en tres grupos B, C y D, cuya segmentación está construida sobre la base de los ingresos y el número de cargas familiares. El otro grupo es el A, que agrupa a personas beneficiarias que no cotizan. Los grupos B, C y D tienen la opción de atención en la Modalidad de Libre Elección (MLE), mientras que el Grupo A, solo acceden a la Modalidad de Atención Institucional (MAI).

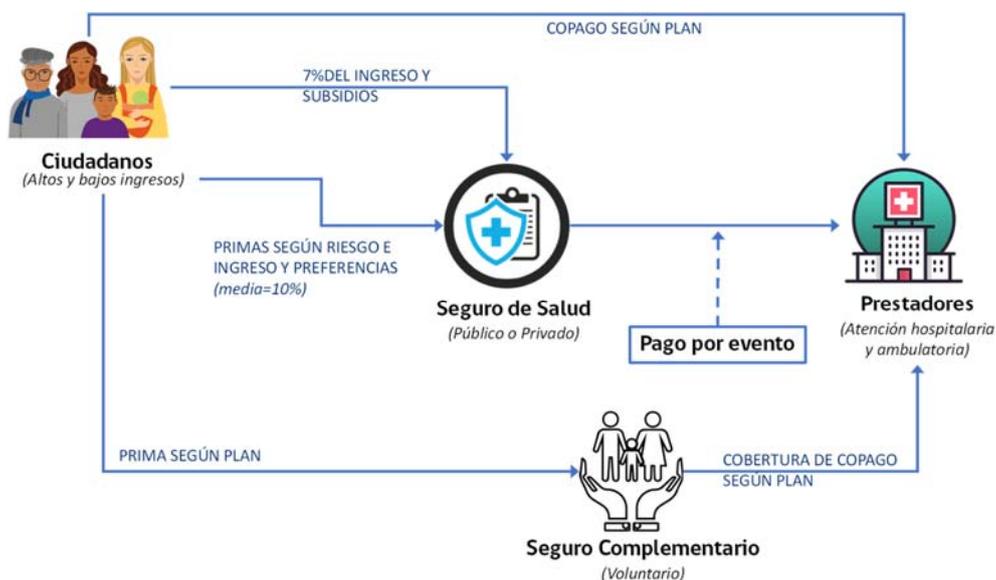
La MLE cubre prestaciones entregadas en general por el sector privado, sin embargo, las coberturas para prestaciones hospitalarias son muy poco atractivas, si es que no se cuenta con un Seguro Complementario Voluntario (SCV), no así las prestaciones ambulatorias que son ampliamente demandas. La MAI tiene coberturas en el papel muy atractivas, sin embargo, están racionadas por capacidad de oferta, generándose largas listas de espera que finalmente hacen a esta modalidad muy poco atractiva para parte importante de quienes son beneficiarias del Fonasa, quedándose en la práctica sólo el grupo A en esta modalidad, más una parte de los restantes grupos de Fonasa, en particular en lo que tiene que ver con atención cerrada.

Existe otra opción de aseguramiento en salud, que corresponde a los seguros privados, fuera de la seguridad social, de cotización voluntaria, que es ofrecido por las compañías de seguro, que comercializan pólizas que vienen a complementar y/o suplementar la cobertura de los planes de salud de las instituciones de la seguridad social en salud (Isapres y Fonasa), al que acceden voluntariamente los demandantes.

Como una forma de ilustrar correctamente el lugar de los SCV en el sistema de aseguramiento en salud de Chile, considérese la Figura 3. En ella se observan los flujos financieros del sistema y los actores de este, donde se reconoce la relación (financiera) entre los ciudadanos y los seguros, ya sea se trate del sistema de seguros privados de la seguridad social como son las Isapres o el fondo público Fonasa.

Es el sistema de seguros quien financia total o parcialmente las prestaciones sanitarias entregadas por los Prestadores, ya sea en atención ambulatoria u hospitalaria. En este último punto entran a jugar un rol los SCV, pues ellos financian los copagos que los ciudadanos cancelan a los prestadores y que no son cubiertos por el sistema de seguridad social en salud.

**Figura 3: Flujos financieros en el sistema de salud de Chile**



Fuente: Elaboración propia con base en Cid, C. *at al* (2013).

Desde una perspectiva de economía de organización industrial, se debe avanzar un poco más en la descripción y análisis de los distintos actores que participan de la industria. Por industria, para efectos de este estudio, entenderemos al conjunto de actores que, de una u otra manera, participan del aseguramiento y provisión de prestaciones de salud a la población. El esquema básico es el representado por la Figura 3. Sin embargo, se requiere avanzar un poco más, de manera de visualizar e ilustrar las distintas formas organizativas que asumen los actores en la industria, así como establecer hipótesis respecto de las relaciones que se configuran entre los mismos.<sup>9</sup> A esto último nos referimos con estructura de la industria.

Por dinámica de la industria, entenderemos un proceso que nos indica cómo y por qué la industria se mueve en una u otra dirección a través del tiempo. En este nivel, interesa adentrarse en los incentivos y desincentivos que subyacen a la estructura de la industria y que condicionan e inducen su movimiento, así como en los resultados económicos de los mismos.

Adicionalmente, dado que estudiamos la industria de aseguramiento en salud, es pertinente también tener una visión acerca de la morbi-mortalidad de quienes demanda seguro y de sus determinantes.

En la Figura 4 se presenta una estructura del sistema de atención de salud, relevando las fuentes de recursos, el aseguramiento y la prestación de la asistencia, donde se reconocen distintos actores y ámbitos institucionales. En efecto, se parte reconociendo a la población, a continuación, se especifican las fuentes de recursos, identificando el aporte fiscal, las cotizaciones obligatorias como financiadores del Fonasa, y los copagos de la población. Se reconocen también otros pagos de bolsillo, asociados tanto a quienes se benefician del seguro

<sup>9</sup> La visión de la industria con la cual partimos es evidentemente una simplificación, pues existen otros actores que están involucrados, piénsese en la industria farmacéutica, las asociaciones médicas, o en los proveedores de tecnología médica, u otros actores. A modo de ejemplo, acerca de la importancia de estos actores, considérese las barreras a la entrada de médicos extranjeros, que induce la permanencia de altos precios en las consultas, o que no se atiende vía Fonasa en muchas especialidades médicas.

público como del privado.<sup>10</sup> Se reconocen las cotizaciones a la seguridad social en salud privadas,<sup>11</sup> y las primas que paga parte de la población a las compañías de seguros por fuera de la seguridad social en salud.

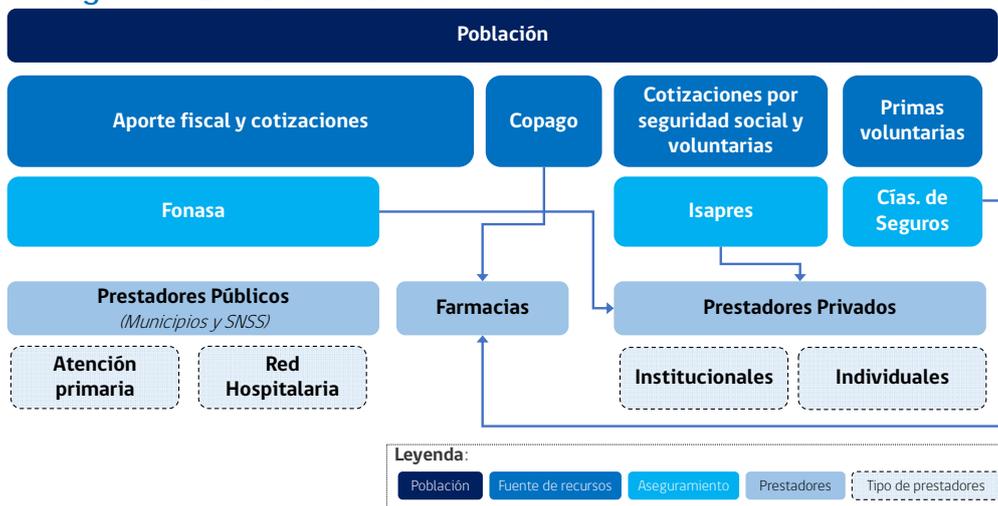
En la tercera línea de la **Figura 4** se da cuenta de los fondos administradores de los recursos asociados a cada fuente, donde se señala al Fonasa, las Isapre y las compañías de seguro. En este punto es necesario señalar que los financiadores establecen relaciones financieras con todos los prestadores, es decir, el Fonasa no transfiere recursos solamente a la red pública, sino que también a prestadores privados, esto se hace mediante la Modalidad de Libre Elección (MLE) y las licitaciones de camas críticas o Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD). A su vez, las aseguradoras privadas, Isapres y compañías de seguro también transferirán recursos a la red pública cuando el asegurado se atienda un evento en ellos.

Notemos que, en el caso del sector público, existe una mediación administrativa entre la institución financiadora y los proveedores de atención sanitaria, la cual recae en las municipalidades y los servicios de salud, que son quienes gestionan los establecimientos de salud de atención primaria y secundaria-terciaria respectivamente.

En la cuarta línea de la figura se reconocen a los distintos proveedores del sector público y privado. Entre los proveedores públicos se reconoce a la atención primaria de salud y los hospitales públicos, mientras que en el sector privado se reconocen las farmacias privadas, y los prestadores privados (centros médicos, las clínicas y hospitales privados).

Dadas las características del sistema de aseguramiento en salud del país, es evidente que la población no se distribuye aleatoriamente en los sistemas de aseguramiento existente, ni donde se atienda cuando enfrenta un evento sanitario, de ahí la importancia de incorporar los determinantes sociales de la salud en el análisis, que vinculen los resultados sanitarios con distintas dimensiones de las poblaciones.

**Figura 4: Estructura del sistema de atención en salud en Chile**



Fuente: Elaboración propia.

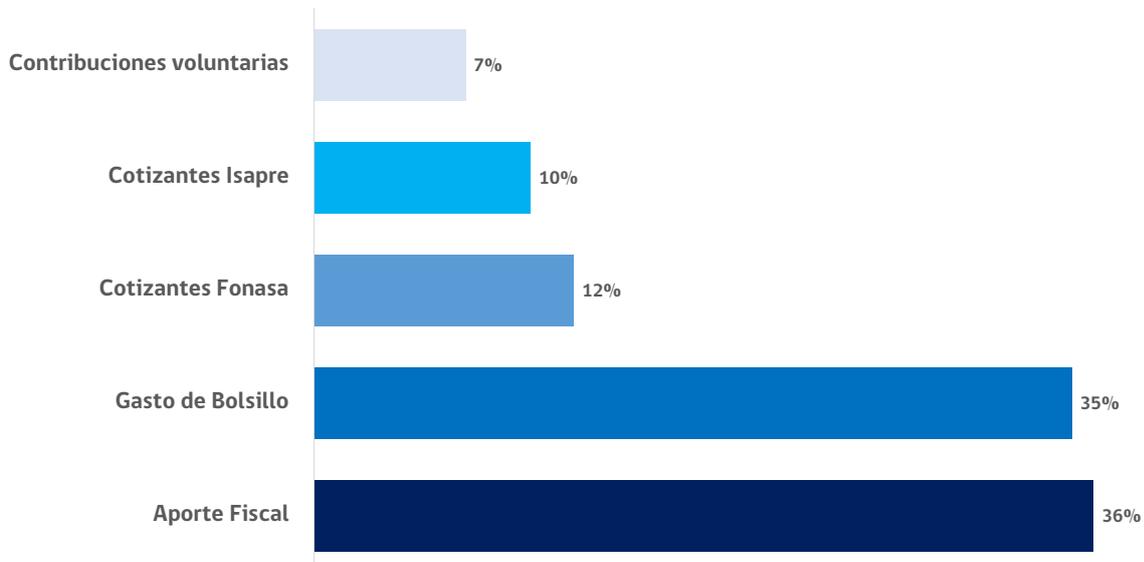
<sup>10</sup> Otros pagos de bolsillo que realizan beneficiarios y beneficiarias del sistema público y privado se refieren a pagos directos por fármacos que están asociados a las farmacias, así como pagos directos a prestadores, sean estos hospitales públicos o clínicas privadas y centros médicos.

<sup>11</sup> En la nomenclatura estadística de la seguridad social en salud se consideran las cotizaciones a Fonasa y a Isapre como cotizaciones a la seguridad social, y la suma de ambas, junto al aporte fiscal se considera gasto público, lo cual hay que tener presente al interpretar las cifras.

De acuerdo con un estudio de la Asociación de Clínicas A.G. (2020) el gasto total realizado en la industria de salud al año 2018 ascendió a MM\$ 17.021.135, lo cual equivale al 8,9% del PIB de ese año, análogamente equivalente a \$20 mil millones de dólares. La distribución de esos montos de acuerdo con la fuente se muestra en la

Figura 5, donde la principal fuente es el aporte fiscal (36%), seguido del gasto de bolsillo (35%), las cotizaciones de Fonasa (12%) y las de Isapres (10%), y las cotizaciones voluntarias (7%).

**Figura 5: Participación en el gasto total de salud según fuente de financiamiento, 2018**

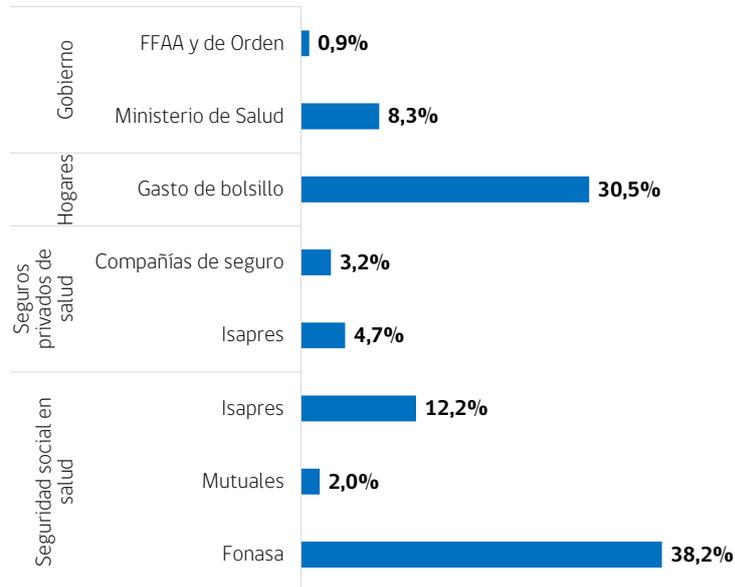


Fuente: Elaboración propia sobre la Base de Asociación de Clínicas (2020).

Desde la perspectiva de los actores que administran los fondos que se gastan en salud, podemos identificar cuatro ámbitos institucionales desde donde provienen los actores. Para efectos de la diferenciación de ámbitos institucionales, se separa la gestión de seguridad social de la dimensión Gobierno. Así, en la seguridad social quienes administran fondos son el Fonasa, Isapres y Mutuales. En Gobierno las instituciones de gestionan recursos de salud son el Ministerio de Salud y las FFAA y de Orden. Los seguros privados de salud se componen de las Isapres y de las compañías de seguro. Mientras que los hogares participan con el gasto de bolsillo.

Las Isapres, de acuerdo con el criterio de gestión de fondos participan en dos áreas institucionales, pues sólo una parte de las cotizaciones corresponden a la seguridad social, que es el 7% de la renta imponible, mientras que las cotizaciones voluntarias son parte de la gestión de seguros privados, donde existe una competencia con las compañías de seguro.

**Figura 6: Participación de actores en la gestión de fondos sector salud, 2013**



Fuente: Reproducción del gráfico presentado en Palacios, A. (2015).

Por último, para finalizar esta descripción general de la industria, mostramos en la Figura 7 el gasto en la producción final según sector de actividad, distinguiendo la administración y gobernanza del sistema, así como la producción de prestaciones sanitarias y bienes asociados. Naturalmente, la mayor proporción de gasto se destina a los prestadores públicos (35%) y privados (36%), seguido del gasto en farmacia (9%) y el pago de licencias curativas (6%). Los restantes ítem corresponden a gasto gobernanza y bienes públicos (6%), en ópticas y ortopedia (3%), Gasto de administración de Isapres y compañías de seguro (3%), prestadores de mutuales (2%) y de FFAA y de orden (1%).

**Figura 7: Distribución del gasto en salud según destino final, 2013**



Fuente: Palacios, A. (2015).

### 3. Sector público de atención de salud

En esta sección se presenta y explica el funcionamiento del sistema público de salud. El foco está puesto en los mecanismos de pago y el financiamiento de los distintos niveles de atención. En el primer apartado se presentan el funcionamiento del nivel de atención secundario y terciario, y en el segundo se presenta lo referente a la atención primaria. Se termina esta sección señalando, en el tercer apartado, las modalidades existentes en la relaciones público-privadas.

#### 3.1 Mecanismos de pago y financiamiento del sistema público de salud

Teniendo presente el mapa general de actores en la industria que se visualiza en la Figura 1 y Figura 2, a continuación, realizamos una caracterización de la estructura y dinámica del Fonasa y de los prestadores públicos.

En este punto es importante relevar la especificidad de los actores públicos en cuanto a su funcionamiento, pues son distintos de los que subyacen a la dinámica de los actores privados. En primer lugar, cabe tener presente que el Fonasa no es un seguro propiamente tal, de hecho, los ingresos y egresos del Fonasa responden a otros aspectos, que no están presentes en el sector privado.

Por otra parte, la relación que se establece entre el Fonasa y los prestadores públicos es también distinta de la que establecen los seguros con las clínicas. En particular, desde la perspectiva del Fonasa, éste opera en la industria como pagador monopsónico de los prestadores públicos. Simultáneamente, el prestador opera como “proveedor” frente a las personas beneficiarias.

Cabe hacer presente, que la relación que se establece entre los proveedores y personas beneficiarias es distinta según sean del Fonasa o de las Isapres. La diferencia está dada por el tipo de bien económico que éstos entregan, pues en el caso de la Atención Primaria en Salud (APS), por ejemplo, dan un servicio de salud que por lo general no está mediada por un precio, pues se trata de un bien público, o un bien de no mercado.<sup>12</sup> Por el contrario, los servicios que entrega, por ejemplo, un centro médico privado a quienes asisten a ellos, sí está mediado por un precio, en ese sentido son servicios de mercado como cualquier otro.

Aquí se abre una gran discusión, que tiene ver con los mecanismos de pago que operan en el sector público y los sistemas de pago de remuneraciones a los distintos estamentos, en cada uno de los niveles de atención de salud que participan de los procesos que hacen posible un flujo de prestaciones sanitarias que se entregan a la población.

A continuación, pasamos del financiamiento global del sistema a describir y entregar antecedentes acerca del financiamiento del sector público de salud.<sup>13</sup> El financiamiento público en salud contempla tres grandes programas a financiar, el programa de atención primaria, el programa de prestaciones valoradas, y el programa de prestaciones institucionales, estos dos

---

<sup>12</sup> Esto es muy importante por las implicancias que tienen para la política pública, pues en el caso público, el servicio no se entiende sólo individualmente, sino que estas atenciones de salud forman parte de programas de salud, que tienen un valor adicional, que no es posible de entender cuando se entiende sólo como una prestación o un bien económico estándar.

<sup>13</sup> En estricto rigor estos programas representan el grueso del presupuesto público en salud, pero no contempla el financiamiento del aparato técnico burocrático en salud como es el Ministerio de salud y sus dos subsecretarías, y las instituciones que de ellas dependen, por ejemplo, Cenabast, Seremis de Salud, Instituto de Salud Pública, Superintendencia de Salud, entre otras.

últimos asociados a la atención secundaria y terciaria. En la [Tabla 1](#) se muestran los montos de recursos involucrados y la estructura de financiamiento del año 2020. Se constata que la atención primaria representa aproximadamente un 30%, siendo el 70% restante destinado a la atención hospitalaria, donde el 47% corresponde a financiamiento por la vía de GRD.

**Tabla 1: Presupuesto FONASA para Transferencias corrientes por Programas 2020**

Programas	M\$	Participación
Programa de Atención Primaria	1.993.085.769	30%
Programa de Prestaciones Institucionales	1.528.976.276	23%
Financiamiento Hospitales por Grupo Relacionado de Diagnóstico	3.165.952.434	47%
<b>Total</b>	<b>6.688.014.479</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Ley de Presupuesto 2020, Dipres.

El criterio de asignación de recursos a la atención hospitalaria es fundamentalmente el histórico, es decir, lo mismo del año anterior más un porcentaje de aumento que dependerá de la inflación pasada, y por supuesto del estado de las arcas fiscales. Esto quiere decir que en lo que a financiamiento se refiere, no existe ningún criterio que priorice por alguna dimensión de equidad o necesidades sanitarias de las poblaciones asociadas.

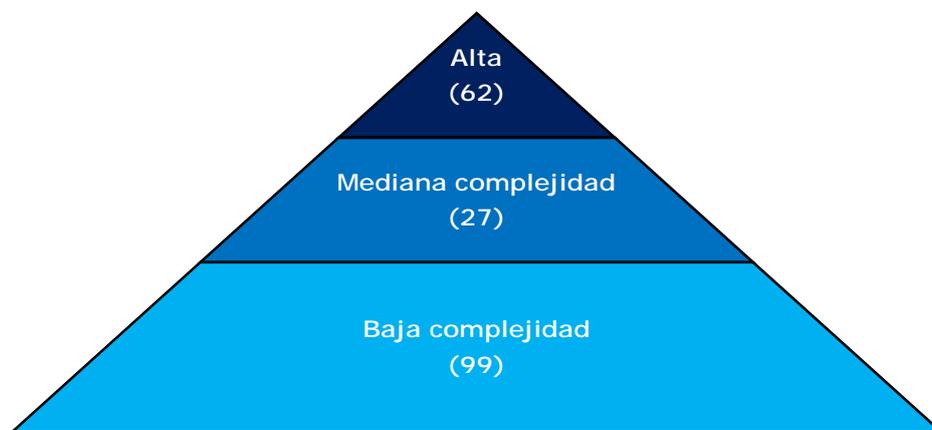
En palabras de Barros, O. y Aguilera, I. (2013: pp. 2) "En el sector Salud es Fonasa la institución que asigna recursos a los Servicios de Salud, quienes a su vez los redistribuyen a los hospitales públicos mediante dos vías: compromisos de prestaciones máximas a realizar, que se conoce como el Programa de Prestaciones Valoradas (PPV), y cobertura del costo fijo de los hospitales (como: ley médica, base histórica, bonos, etc.); esta vía es conocida como Programa de Prestaciones Institucionales (PPI). En el PPV, cada prestación es valorada según un arancel estimado a nivel central que pretende emular el precio de la prestación. A nivel presupuestario ambos instrumentos se reajustan anualmente, para el caso del PPV según la actividad lograda y para el PPI, con lo que ha funcionado históricamente. En otras palabras, el PPI debería asegurar el funcionamiento del hospital y el PPV es un pago variable por producción con tope máximo, pues no se paga la producción que sobrepasa lo comprometido".<sup>14</sup>

Actualmente, el Programa de Prestaciones Valoradas no existe, pues se organizaron las unidades de gestión clínica de la atención de salud, en función de los Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD).

Por último, en la Figura 8 se señala el número de establecimientos en la red pública del SNSS de acuerdo con la complejidad, los establecimientos de baja complejidad suman 99, los de mediana complejidad 27, y los de alta complejidad alcanzan a 62 establecimientos.

<sup>14</sup> Ver también respecto de este tema Salinas, H. *et al* (2004).

**Figura 8: N° de establecimientos hospitalarios del SNSS según nivel de complejidad, 2018**



Fuente: Elaboración propia sobre la base de González, C. et al (2019)

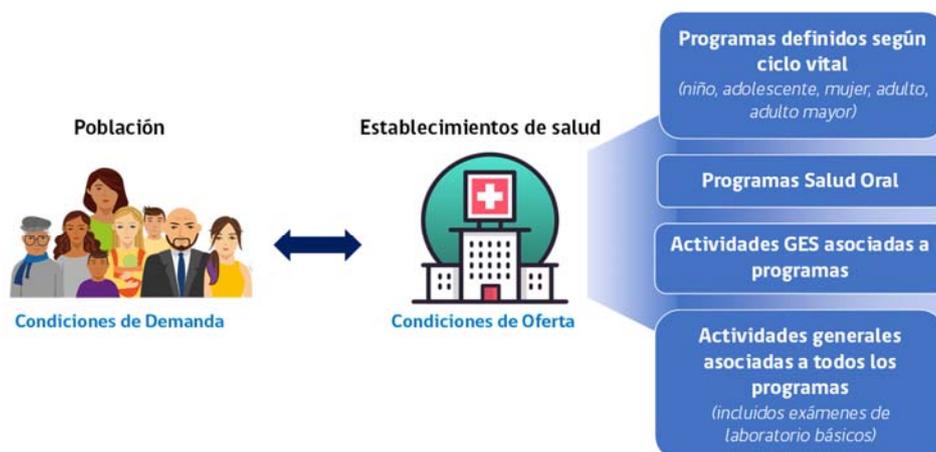
### **3.2 Mecanismos de pago y financiamiento de Atención Primaria de Salud (APS)**

Bien es sabido que la atención primaria de salud es el componente del sistema sanitario chileno que mayor contacto tiene con la población. La relación entre la población y los establecimientos de salud de la APS es cualitativamente distinta de la relación con los establecimientos del nivel secundario y terciario. Esta relación es continua en el tiempo, existe un mayor contacto de las organizaciones territoriales con distintas instancias de decisión de los establecimientos de salud.

Básicamente los establecimientos de la APS entregan un conjunto de prestaciones sanitarias destinadas a distintos grupos de población objetivo, las cuales se ordenan por programas que conforman el Plan de Salud Familiar (PSF). Así, existen programas orientados a niños y niñas, a adolescentes, personas adultas, a la mujer y población adulta mayor. Asociados a ellos encontramos las prestaciones cubiertas por las Garantías Explícitas en Salud (GES), y los procedimientos clínicos de apoyo propios de la APS. Este conjunto de prestaciones forma parte del Plan de Salud Familiar, tal como se ilustra en la Figura 9.

El financiamiento de la APS tiene, desde la perspectiva del presupuesto fiscal, tres componentes. El primero y más importante es el financiamiento vía per cápita, el segundo corresponde a los programas de reforzamiento (Programas en convenio) e iniciativas de capacitación y perfeccionamiento, y finalmente, el financiamiento que permite cubrir algunos beneficios de los funcionarios. Adicionalmente, a los recursos provenientes del erario fiscal, muchos de los municipios que gestionan establecimientos de salud primaria aportan recursos de los municipios al financiamiento de la APS.

**Figura 9: Relación entre la población (demanda) y los establecimientos de salud de atención primaria (Oferta)**



Fuente: Reproducción de Debrott, D. e Ibáñez, C. (2014).

En la

Figura 10 se ilustra sintéticamente el procedimiento de cálculo del financiamiento vía per cápita. El monto mensual asignado a cada municipio consta de tres componentes. El primero es el resultado del producto entre el monto per cápita basal<sup>15</sup> y tres factores de ajuste que consideran especificidades de cada comuna en términos de la pobreza, ruralidad y asignación de zona, todos los cuales tienden a aumentar el per cápita basal. El resultado de este cálculo se multiplica por la población total validada de la comuna obteniéndose el monto (1) de la

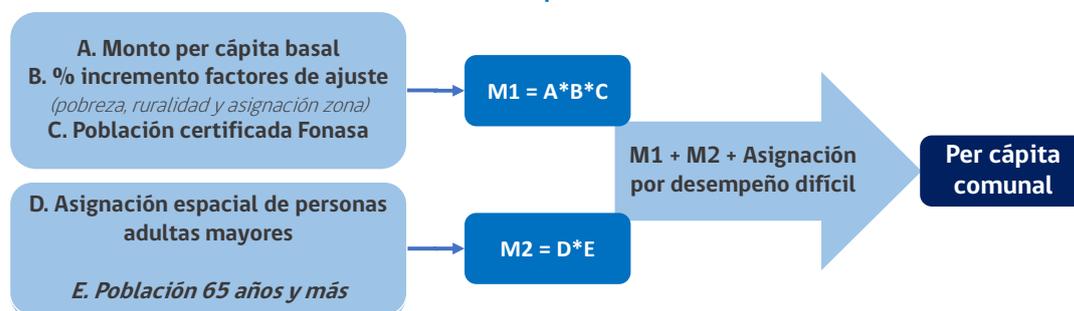
Figura 10.

Un segundo componente es lo que se denomina en la Figura Monto (2) el cual considera asignaciones especiales por la presencia de adultos mayores con edades iguales o superiores a los 65 años. El monto se obtiene de multiplicar la asignación por este concepto por la cantidad de adultos mayores en la comuna.

Finalmente, el monto total de financiamiento por la vía del per cápita se obtiene de sumar los componentes Monto (1) y Monto (2) más la asignación por desempeño difícil que depende de las características de lejanía y peligrosidad de los establecimientos de salud primaria de la comuna.

<sup>15</sup> El monto del per cápita basal se determina de manera independiente en cuya determinación el rol fundamental lo tiene la Dirección de Presupuesto (Dipres) del Ministerio de Hacienda.

**Figura 10: Procedimiento de cálculo del financiamiento estatal vía per cápita mensual por comuna**



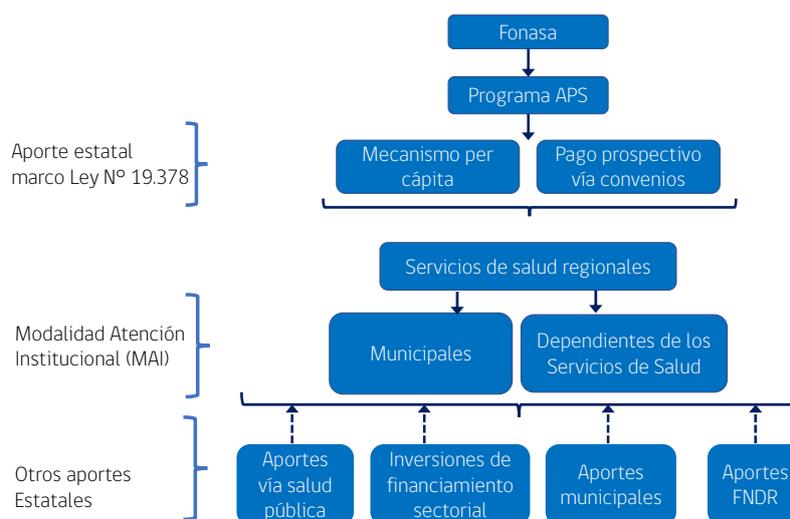
Fuente: Dipres (2013: pp. 31).

En la Figura 11 se muestra el procedimiento de financiamiento global de la atención primaria de salud, donde el Fonasa transfiere los recursos asociados a los programas. Este contiene los recursos provenientes del per cápita y de los programas en convenio, estos recursos se traspasan a los servicios de salud regionales y por esta vía se hacen llegar a los municipios.

Por otra parte, existen otras fuentes de financiamiento. Por ejemplo, los recursos que se gestionan en la Subsecretaría de Salud Pública y que tienen por objeto financiar actividades de promoción de la salud; las inversiones sectoriales gestionadas por la Subsecretaría de Redes asistenciales; los aportes municipales; y finalmente los aportes del Fondo de Desarrollo Regional (FNDR).

El financiamiento de la APS, a diferencia del financiamiento de la atención secundaria y terciaria, tiene una intención y procedimientos específicos que contemplan asignar los recursos con criterios de equidad, estos procedimientos si bien presentan problemas, son perfectibles. Sin embargo, el problema en este caso no es la ausencia de criterios de equidad en la asignación de recursos, sino más bien un problema de niveles de financiamiento. Es decir, aun cuando el procedimiento de asignación de recursos a APS sea perfecto, si el nivel global de financiamiento es bajo de todas maneras existirán carencias.

**Figura 11: Financiamiento global de la atención primaria de salud**



Fuente: Reproducción de Dipres (2013: pp. 33).

Finalmente, en la Figura 12 se sintetiza la oferta de la red pública de atención primaria vigente a diciembre de 2019 que se despliega a lo largo y ancho del territorio nacional. Consta de tres tipos de establecimientos, donde en primer lugar se muestran los consultorios y postas, los cuales se componen a su vez, de 1.166 Postas de Salud Rural (PSR) y 463 Centros de Salud Familiar (CESFAM).

En segundo lugar, observamos los servicios de urgencia, con 158 Servicios de Urgencia Rural (SUR), 277 Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), y 21 Servicios de Atención Primaria de Urgencias de Alta Resolución (SAR).

Y, por último, la red de atención primaria cuenta con Centros y Hospitales Comunitarios, que se componen de 218 Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOF) y 85 Hospitales Comunitarios.

**Figura 12: Red de Atención Primaria de Salud en Chile, 2018**



Fuente: Elaboración propia sobre la base de González, C. (2019)

### 3.3 Mecanismos de pago y relación público - privada en la asistencia sanitaria

Las cotizaciones que realizan trabajadores o trabajadoras al Fonasa y los aportes fiscales directos del Estado a la institución de aseguramiento público no se destina en su totalidad a financiar a los prestadores públicos. Como se menciona anteriormente, quienes son parte de los Grupos B, C y D del Fonasa, tienen la opción de atenderse con prestadores privados bajo la Modalidad de Libre Elección (MLE). Cuando un usuario del Fonasa opta por la MLE ello implicará un traspaso de recursos públicos a los prestadores privados.

Una mirada rápida a información publicada por la Asociación de Clínicas A. G., muestra que de acuerdo a una identificación acotada y general de sus carteras de servicios, estos se financian al menos con 17% del total de días cama, y un 53% del total de atenciones médicas con fondos provenientes del Fonasa, tal como se ilustra en la Tabla 2.

**Tabla 2: Facturación de prestadores privados según origen del financiamiento, 2014**

	Fonasa MLE	Isapres	Total
<b>Atención médica</b>	<b>53%</b>	<b>47%</b>	<b>100%</b>
Días cama (*)	17%	83%	100%
Exámenes diagnósticos	45%	55%	100%

Intervenciones quirúrgicas (incluye PAD)	38%	62%	100%
Procedimientos de apoyo clínico y terapéutico	43%	57%	100%
Ges Isapre (sin farmacia)	0%	100%	100%

(\*) No incluye camas de recuperación.

Fuente: Clínicas de Chile AG (2020).

Por otra parte, los prestadores privados tienen otra fuente de ingresos públicos proveniente de las Garantías Explícitas en Salud (GES), que para efectos fiscales se entienden como compras al sector privado. Esto ocurre producto de que la ley que regula las GES establece la garantía de oportunidad en la atención con un plazo acotado, si en ese plazo los prestadores públicos no pueden atender el problema de salud, es obligación de los gestores del sistema público derivar el caso a prestadores privados. Por último, una variante de ingresos que viene aumentando en importancia, es el acceso a la licitación de camas críticas por parte de los prestadores privados por la vía de los GRD.

Por supuesto, la capacidad de los prestadores por responder a la demanda de atención sanitaria tiene sus límites objetivos, lo cual está dado por la capacidad de oferta. En el sector sanitario de prestadores generalmente la oferta se sintetiza globalmente en dos variables, que son el número de camas y el número de horas médicas. Un acercamiento parcial a la oferta se muestra en la Tabla 3, donde básicamente se observa que las camas son fundamentalmente provistas por el sistema público. Sin embargo, el crecimiento de las camas se explica de manera importante por el sector privado, que aumentaron en 20,8% en 10 años, cifra mayor al sector público tanto porcentualmente como en términos absolutos.

**Tabla 3: Composición y variación en camas de prestadores públicos y privados, 2010 – 2019**

	2010	2019	Var N°	Var %
<b>Sistema público</b>	25.081	26.198	1.117	4,5%
<b>Mutuales</b>	952	582	-370	-38,9%
<b>Clínicas psiquiátricas y Centros de geriatría</b>	1.380	1.059	-321	-23,3%
<b>Institucionales (FFAA, Universidades, Cobre)</b>	3.463	3.076	-387	-11,2%
<b>Otros (Conin, Teletón. Diálisis, etc.)</b>	367	154	-213	-58,0%
<b>Clínicas privadas (Mínimo 10 camas)</b>	5.889	7.115	1.226	20,8%
<b>Total camas país</b>	37.132	38.184	1.052	2,8%

Fuente: Clínicas de Chile A.G. (2020)

## 4. Sector privado de aseguramiento y atención en salud

En esta sección se realiza una descripción de la estructura del sector privado de aseguramiento y atención de salud, distinguiendo los seguros pertenecientes a la seguridad social, y los seguros voluntarios privados. La sección se ordena en tres apartados. En el primero se presenta a los seguros de la seguridad social y sus relaciones con los prestadores privados. En el segundo, se presenta a los seguros privados voluntarios y sus relaciones con prestadores privados de salud. Finalmente, en el tercer apartado se presenta a los seguros de salud y prestadores privados de atención de salud en su conjunto.

### 4.1 Seguros de salud pertenecientes a la seguridad social

Si por un momento miramos sólo a los seguros pertenecientes a la seguridad social y a los prestadores privados en sus interrelaciones, nos daremos cuenta de que aquí se establecen distintas modalidades de organización de los actores en su intervención en la industria. Sólo considerando la evolución de las Isapres, constatamos que en 1990 estas sumaban 21 Isapres abiertas y 13 cerradas<sup>16</sup>, mientras que hoy sólo existen 6 Isapres abiertas y 6 cerradas, evidenciando una tendencia de largo plazo a la concentración.

Como señalan Galetovic, A. y Sanhueza, R. (2013), “Las Isapres tienen giro único y están funcionalmente separadas de la provisión de prestaciones. Sin embargo, nada les prohíbe a los dueños de Isapres ser dueños de prestadores de servicios de salud a través de holdings. Desde la perspectiva económica, en estos casos existe integración vertical entre la producción del seguro de salud y la producción de prestaciones: aunque sean negocios distintos, es razonable pensar que la maximización de utilidades será conjunta”.

Ya es común que cada cierto tiempo resurja el tema de la Integración Vertical entre Isapres y prestadores. Lo que está en juego es un sin número de formas en que las organizaciones económicas logran establecer alguna forma de integración vertical, lo cual devela lo acotado de la regulación existente. Es importante en este sentido diferenciar por un lado el comportamiento de los actores económicos, y el alcance jurídico-normativo de la regulación y, por otra parte, la validación de cierta forma de organización económica.

En un caso se trata de una determinada estructura de mercado, en otra se puede poner el acento en la conducta de los actores o en los resultados, he aquí la preocupación por conductas anticompetitivas, que son objeto de monitoreo por parte de las autoridades competentes, en nuestro caso, la Fiscalía Nacional Económica.

La estructura de mercado surge por la dinámica de la industria, como espacio de síntesis del poder de mercado. El poder de mercado puede surgir de varias dimensiones involucradas en el aseguramiento en salud y de las expectativas de los ciudadanos que en definitiva requieren de atención sanitaria.

Por una parte, se puede pensar que un seguro de salud que cuenta con una amplia cartera de personas afiliadas tendrá un mayor poder relativo de mercado, que un seguro de salud con una cartera inferior, pues en el primer caso le ofrece al prestador una tasa de ocupación alta y en el segundo una más baja. Por otra parte, desde la perspectiva del prestador, éste puede contar con una especialización singularmente atractiva para los potenciales beneficiarios o beneficiarias, por ejemplo, excelencia en alguna especialidad clínica, o una especial oferta de

---

<sup>16</sup> León, D. *et al* (2011).

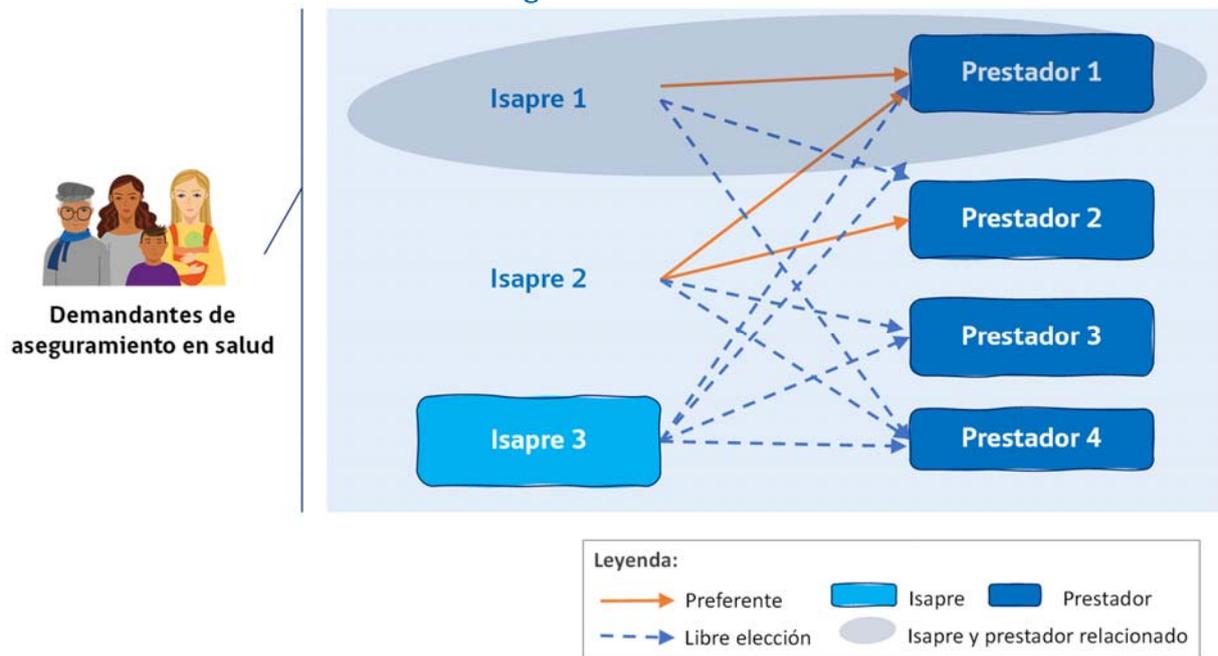
confort y comodidad en la estancia hospitalaria, todo lo cual aumentará el poder de negociación del prestador.

La estructura de mercado surge aquí como resultado de un acuerdo entre asegurador y prestador, estableciéndose una estructura de integración, donde convergen dos o más atributos beneficiosos para ambos actores que lo hacen atractivo como conjunto, como totalidad. Esta forma específica de integración se conoce también como restricciones verticales.

El rol del demandante en este contexto es secundario, pues el seguro o el prestador operan como atractores de este, de tal manera que el demandante adopta una posición más bien pasiva, la cual se segmenta en nichos de mercado, normalmente determinados por la capacidad de pago de este.

Una ilustración de lo señalado se puede observar en la Figura 13, donde se releva el rol del demandante que tiene la opción de cotizar en tres Isapres. Las Isapres, a su vez, organizan su oferta de distinta manera. En efecto, la Isapre 1 ofrece un prestador preferente y uno de libre elección, a la vez que existe una IV entre la Isapre 1 y Prestador preferente 1. La Isapre 2 ofrece sólo un prestador de libre elección, mientras que la Isapre 3 ofrece un prestador preferente. Cada opción tendrá una configuración específica en términos de cobertura financiera, prestaciones, deducibles y topes asegurados.

**Figura 13: Estructura de la industria de seguros de salud perteneciente a la seguridad social**



Fuente: Elaboración propia.

En lo que se observa de la industria, ninguna de las relaciones señaladas en la Figura 13 se presenta en un estado "puro", más bien lo que se observa es que las Isapres, integradas o no, establecen relaciones comerciales tanto con prestadores relacionados, como con prestadores en convenio, y con prestadores de libre elección. Lo mismo, se puede decir respecto de los prestadores, que establecen relaciones con una Isapre vinculada, o con otras, tal como se establece en Copetta, C. (2013).

La investigación relacionada con la integración vertical en el sistema privado de salud ha tenido, en términos generales, dos propósitos. Por una parte, ha habido trabajos que buscan establecer los grados de integración vertical entre Isapres y prestadores (Copetta, 2013), y otra línea que ha buscado investigar acerca de los efectos de la integración vertical en el bienestar social. En este último caso, encontramos trabajos que se concentran en el beneficiario (Leyton et al., 2014) y otros tienen por fin una evaluación global, es decir, en la sociedad, de la existencia o no de alguna forma de integración vertical (Cuesta et al., 2019).

En los trabajos que buscan determinar el grado de integración vertical, encontramos el de Copetta, C. (2013), quien a partir de la facturación de prestadores pertenecientes a un holding (y por esa vía a una Isapre), calcula qué porcentaje de esa facturación en el costo operacional de la Isapre, estableciendo grados de integración entre los distintos prestadores vinculados a una Isapre. Se señala en este trabajo que, en 2012, del total de compras de las Isapres, sólo el 19,2% fueron realizadas a prestadores relacionados, y de los holdings con presencia de Isapres y prestadores en su interior, las mayores compras a prestadores relacionados llegan al 32%.

Mirado desde la perspectiva de los prestadores, en el citado estudio se señala que en “los 15 prestadores relacionados, donde la Isapre del grupo en promedio tiene un control fuerte sobre las ventas, las prestaciones consumidas por los beneficiarios de dicha Isapre representan 65,5% de sus ingresos”. Desde una perspectiva más general, se señala que, si se considera “sólo la facturación de los prestadores institucionales, podemos decir que las clínicas conocidas por estar relacionadas a una Isapre representan una participación de 42,0% del total del mercado”. Esta participación de los prestadores relacionados en el total de la industria es significativa, lo cual nos lleva a preguntarnos por los procesos de formación de precios en esta industria y la importancia de esta estructura industrial en dicho proceso.<sup>17</sup>

Un segundo trabajo, Leyton, G. *et al* (2014), indaga acerca del impacto que las relaciones de integración vertical tienen en las personas cubiertas por Isapres con algún grado de integración. La evaluación se realiza distinguiendo entre los efectos de una Isapre con prestadores relacionados, el efecto intra-Isapre; así como también evaluando la situación de personas beneficiarias de otras Isapres atendido en los prestadores relacionados, efecto inter-isapre.

Respecto del efecto intra-isapre, se señala que “independiente del holding analizado, en la atención ambulatoria la cobertura financiera efectiva es mayor y el copago menor cuando las personas beneficiarias se atienden en el prestador vinculado al holding en la modalidad de prestador preferente” (Leyton et al., (2014). En la atención hospitalaria, ocurre lo mismo, pero no en todas las prestaciones.

Respecto al efecto inter-isapre, no resulta evidente que las personas afiliadas de las Isapres vinculadas al holding enfrenten mayores coberturas o menores precios que aquellas beneficiarias de otras Isapres, que se atienden en los prestadores del holding.

En definitiva, las conclusiones son parciales respecto de lo beneficioso para afiliadas y afiliados de participar en un aseguramiento en salud organizado con restricciones verticales, versus uno desintegrado. Lo que muestra con mucha claridad este trabajo es que las Isapres están adoptando estrategias empresariales que dan cuenta de distintas formas organizacionales, observándose simultáneamente estrategias de integración vertical entre Isapres y prestadores por la vía del holding, junto con formas de negociación por la vía de prestadores en convenio

---

<sup>17</sup> No conocemos algún trabajo que haya explorado esta área de investigación para el caso de Chile.

o preferentes (integrada o no) donde el poder de mercado debe ser relevante respecto de los precios determinados entre asegurador y prestador preferente.

Por último, de la breve revisión de trabajos que evalúan la integración vertical para el caso chileno, encontramos dos que abordan este problema, pero con acercamientos metodológicos distintos.

En el primero, el de Galetovic, A. y Sanhueza, R. (2013), se repasa el acervo conceptual respecto de este tema y se muestran un conjunto de información respecto de aseguradoras y prestadores, donde los autores señalan que “La principal conclusión de este trabajo es que la integración vertical entre Isapres y prestadores es eficiente. Al mismo tiempo, las implicancias observables de la tesis anticompetitiva son inconsistentes con la evidencia”.

El segundo trabajo, por el contrario, llega a conclusiones opuestas. En efecto, en Cuesta, J. *et al* (2019) se estima un modelo muy similar al desarrollado en Diebel, A. (2018), donde capturan el componente de demanda de seguros y prestadores, incorporando un modelo de negociación de precios entre aseguradoras y prestadores. En este caso, el efecto en el bienestar se estima a partir de la suma de los cambios en el excedente del consumidor y del productor, en un escenario con y sin integración vertical, concluyendo que la prohibición de la integración vertical aumenta en 146 millones de dólares por año.

Dicho lo anterior, parece importante agregar algunas consideraciones respecto de algunas características de esta industria que no se ven reflejadas en el Figura 12. Primero, la dimensión territorial, ésta dimensión es muy relevante de incorporar, pues refleja muy bien la segmentación no sólo por ingresos del mercado de la salud, sino también territorial, habida cuenta de la segregación social presente en nuestro país, y que lleva a que los hospitales privados se ubiquen precisamente en sectores muy específicos del territorio, lo cual es muy evidente en la Región Metropolitana, donde mayoritariamente éstos centros asistenciales se ubican en el sector oriente de la capital, donde habitan precisamente las personas de mayores ingresos.

Un segundo aspecto tiene que ver con los procesos de integración horizontal de los centros asistenciales, situación que parece del todo racional en vista del proceso de negociación de precios con las aseguradoras, que en la medida de que se establecen la integración horizontal ello debiera aumentar el poder de negociación frente a las aseguradoras, así como también en aprovechar economías de escala, en la lógica de bajar los costos medios de atención.

Con todo, el análisis de este segmento está inserto e interactúa en un espacio de mercado mayor, junto con el segmento de seguros complementarios privados. Operan como fuerzas de mercado, simultáneamente, formas de organización de integración vertical en distintos grados por la vía del holding, procesos de formación de precios por la vía de prestadores en convenio o preferentes (integrados o no), junto con formas de organización horizontal de prestadores y de aseguradoras.

Por otra parte, Galetovic, A. y Sanhueza, R. (2013) muestran otras especificidades, que provienen no sólo del grado de la integración vertical, sino que también con la dimensión de especialización de prestadores, por ejemplo, es distinta la integración a partir de centros médicos o con clínicas, o con ambos niveles de atención a la vez.

Todas estas características de los procesos de integración vertical y horizontal van dando cuenta de las distintas estrategias empresariales en la industria del aseguramiento – atención de salud, y de los vacíos regulatorios, que eventualmente están resultando en impactos negativos en el bienestar social de la población.

## 4.2 Estructuración de la industria de seguros privados de salud

A continuación, pasamos a revisar la estructura de la industria de seguros privados voluntarios, para posteriormente acercarnos a una visión de conjunto, de la industria de seguros de salud como totalidad.

En particular, en este caso, el acercamiento es a través de un segmento de la industria que opera fuera de la seguridad social. La oferta se estructura a partir de distintos actores en la industria, que a su vez se articulan de una manera específica para intervenir en el mercado. Estos actores, muchas veces no solamente están presentes en un nicho de mercado como pueden ser los seguros de salud, sino también pueden intervenir en el conjunto de la industria de seguros.

Por otra parte, a partir de ese servicio (aseguramiento en salud), se observan otros actores que no provienen de la industria de seguros, sino que de la industria de prestadores y desde ahí ofertan seguros de salud.<sup>18</sup> Un tercer actor está compuesto por unidades de negocio de la banca y el *retail*.

En la Figura 14 se muestra la estructura general de la industria de seguros privados voluntarios. Se observan cuatro formas de intervención en el mercado. La primera enfrenta al demandante con una compañía de seguros de salud que cuenta con un prestador preferente. La segunda, el demandante se enfrenta a una compañía de seguros, la que a la vez tiene una unidad de negocio de seguros de salud, que cuenta con un prestador preferente. La tercera, el demandante se enfrenta a un banco, que a través de una compañía de seguros ofrece un seguro de salud. La cuarta, el demandante se enfrenta a una empresa de *retail*, que a su vez cuenta con una compañía de seguros de salud con un prestador preferente.

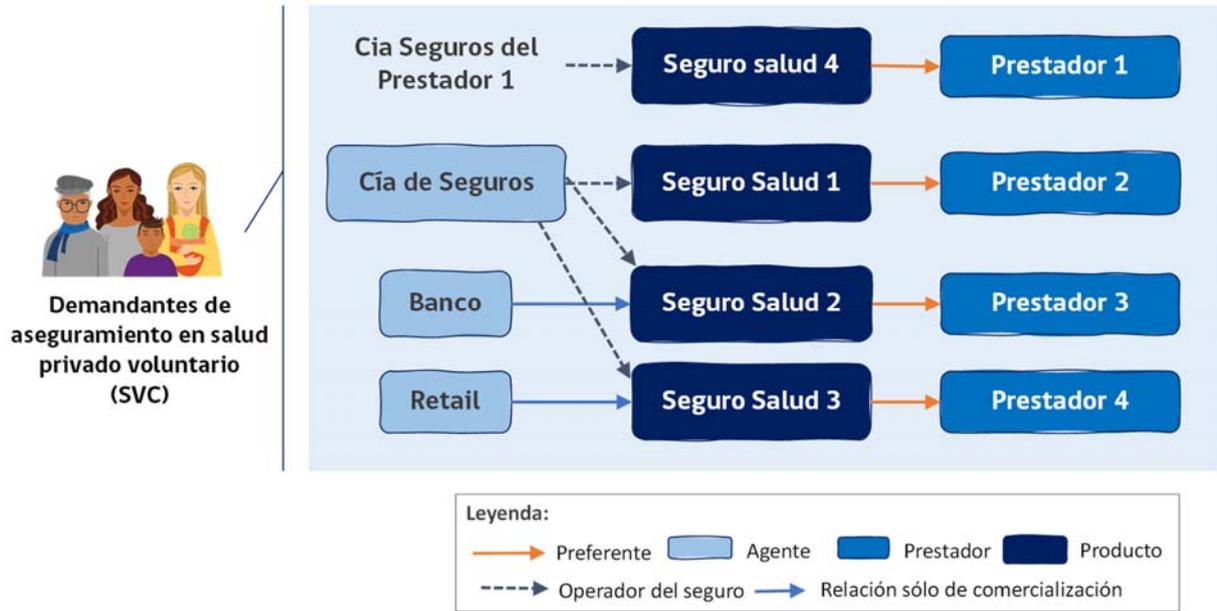
La estructura descrita da cuenta de lo general, pero existen particularidades que es preciso señalar. El orden Demandante – Seguro – Prestador es sólo nominal, pues el demandante bien puede acceder al seguro indistintamente vía prestador o vía compañía de seguro, Banca o *retail*., jurídicamente el resultado es el mismo, pues siempre es la compañía de seguros quien asegura al demandante. Sin embargo, la diferencia es económica, pues si existe integración vertical, el flujo de recursos asociado a las primas se integra a relaciones económicas distintas, que domina un solo agente económico, el holding, en caso contrario la relación económica integra a más de un agente, por ejemplo, aseguradora y prestador.

Los grados de integración o acuerdo entre los actores no es trivial, pues cada intermediación se verá reflejada en la prima a pagar por el demandante. Así, es posible que la prima del seguro accedido por la vía de un seguro de salud sea más económica, a igual póliza, que el accedido por la vía de la Banca o el *Retail*. Sin embargo, el problema aquí es la “misma oferta”, pues una de las características de los seguros en general y de los seguros de salud en particular, son las infinitas formas de presentarse, en cuanto a configuración del producto en términos de cobertura financiera, de prestaciones, deducibles, topes de aseguramiento, prohibiciones, etc. De tal manera que la diferenciación de producto en los términos señalados es muy frecuente.

---

<sup>18</sup> Esto más allá de que la figura jurídica responsable de dar cumplimiento a la póliza transada sea efectivamente una compañía aseguradora.

Figura 14: Estructura de la industria de seguros privados de salud



Fuente: Elaboración propia.

Es evidente, que la variedad de actores y formas organizativas de quienes participan de este segmento de la industria responde a distintas motivaciones. En particular, en el caso de la banca y el retail, la apuesta por avanzar hacia la oferta de seguros de salud se funda en una ventaja competitiva de esta empresa consistente en “fidelizar” una cartera de clientes asociada a sus giros principales, sean estos cuenta corrientistas en el caso de los bancos, a los que se les ofrece un producto adicional, lo cual a su vez aumenta la fidelidad del cliente, o seguros de salud colectivos ofrecidos a las empresas clientes para sus trabajadores, etc.

En el caso del retail, la situación es exactamente la misma, es decir, de lo que se trata es de rentabilizar al máximo la cartera de clientes, ofreciendo una amplia gama de productos, entre los que se cuenta a los seguros de salud, o las agencias de viaje, u otras áreas de negocio susceptibles de rentabilizar las respectivas carteras de clientes.

#### 4.3 Estructuración de conjunto de la industria de seguros de salud privados en Chile

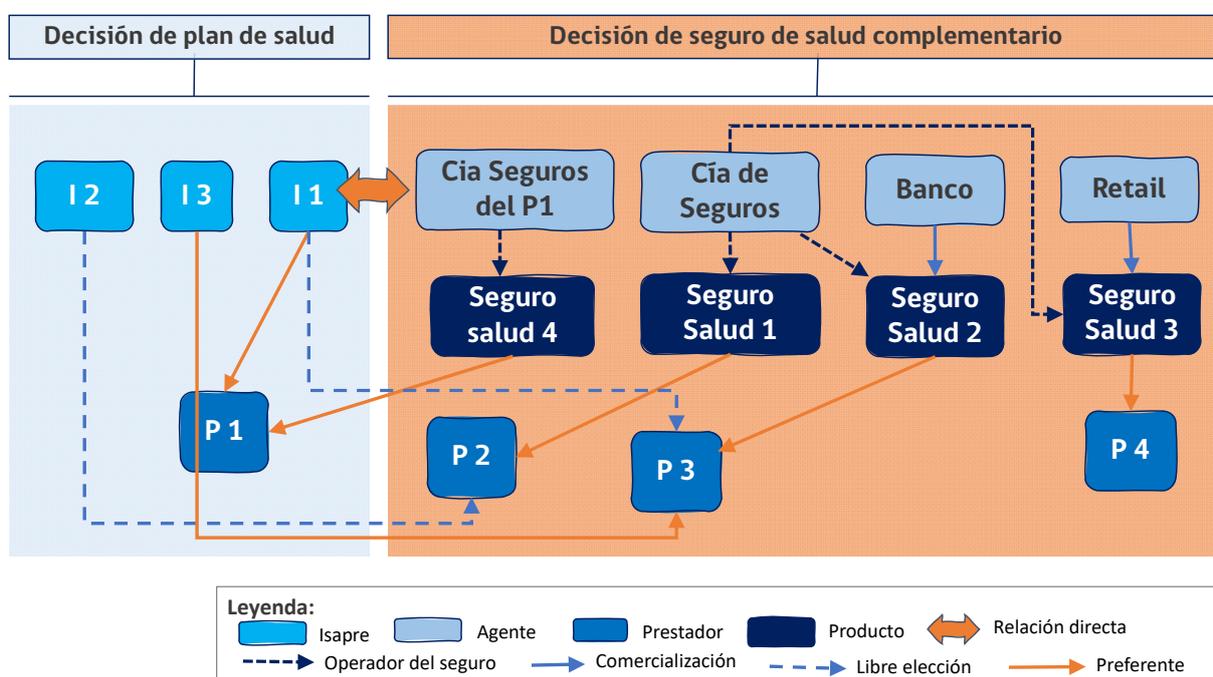
Como debe intuirse, la estructuración de la industria de seguros de salud en una mirada de totalidad se complejiza enormemente. A la complejidad de la industria de seguros de salud asociada a la seguridad social y su marco institucional, le sumamos la complejidad de la industria de seguros de salud voluntarios. Llegado a este punto, de lo que se trata entonces es de visibilizar las relaciones orgánicas entre los distintos actores y cualificarlas en términos de fuerzas en busca de intereses objetivos en la intervención en el mercado, lo cual se debe sintetizar al menos en los procesos de formación de precios, sean primas y/o precios de prestaciones, y por supuesto en los beneficios consolidados de las distintas formas organizativas con las que se interviene en la industria.

En la Figura 14 se visibilizan algunas de las relaciones y eventuales formas organizativas que adquieren los actores, de tal manera, que no es una visión que no es exhaustiva en el número

de formas posibles de observar.<sup>19</sup> En particular, además de reproducir la estructura de los dos segmentos de la industria, diferenciadas únicamente en este caso por la regulación específica y excluyente del segmento de seguros de salud de la seguridad social, respecto de la industria de seguros de salud voluntarios regidos por la Comisión de Mercado Financiero (CMF), se relevan dos formas generales de organización.

Se trata de visualizar opciones de organización relevante para la realidad de la industria en Chile, así, por ejemplo, observamos algunos actores que operan sobre la base de la integración horizontal de seguros, de este modo una Isapre puede a la vez ofertar seguros de salud por fuera de la seguridad social a través de una compañía de seguros (Isapre 3 y Seguro de salud 4 en la Figura 14).<sup>20</sup> Incluso, dentro de la seguridad social una Isapre puede estar integrada horizontalmente con otra Isapre con objeto de posicionarse en nichos de mercado diferentes.<sup>21</sup>

**Figura 15: Relación estructura de industria de seguros de salud**



Fuente: Elaboración propia.

Una segunda forma organizativa, es aquella que se deriva de la integración entre un prestador y una compañía de seguros, donde el prestador, por la vía de la figura de prestador preferente, está asociado al mismo tiempo con la una Isapre (Prestador 3 con Seguro de salud 4 e Isapre 2 en la Figura 14).<sup>22</sup>

Estudios específicos sobre la integración vertical en la industria de aseguramiento – atención de salud, informan resultados no concluyentes respecto del beneficio o costo social, de hecho, sólo un trabajo aborda de manera específica el fenómeno. En Cuesta, J. (2019) se estima un modelo en que se establece que prohibir la integración vertical mejora el bienestar, pues las

<sup>19</sup> Un ejercicio de exhaustivo demandaría un estudio empírico sobre las formas específicas que adoptan los actores en la industria, que supera los alcances de este trabajo.

<sup>20</sup> Es el caso de Colmena con Colmena Seguros.

<sup>21</sup> Es el caso de Isapre Banmédica e Isapre Vida Tres que pertenecen al holding Empresas Banmédica. Este holding además cuenta con una red de prestadores de salud.

<sup>22</sup> Es el caso de Colmena con Clínica Las Condes y Seguros Clínica Las Condes.

ganancias en excedente del consumidor y de las aseguradoras, compensan con creces las pérdidas en el nivel de atención hospitalaria.<sup>23</sup>

Evidentemente, los incentivos y los beneficios serán distintos de acuerdo con la modalidad de organización con la que se enfrente la industria. Desde la perspectiva del seguro puro, a este le interesará captar el máximo de primas minimizando el riesgo de los eventos asociados al seguro, es decir, se buscará que el costo de los eventos que tenga que cubrir, sean los menores, lo cual tiene dos implicancias. Primero se buscarán los menores riesgos, y segundo, se buscará pagar lo menos posible por cada evento a los prestadores. Simultáneamente, se buscará que el fondo de prima disponible se rentabilice de la mejor forma.

Desde la perspectiva del prestador puro, sus beneficios dependerán del precio y número de eventos, y de su costo. Observemos que el precio de la prestación en este caso aumenta los beneficios, mientras que desde la perspectiva del seguro la disminuye. Lo mismo ocurre con el número de eventos, mientras que en la lógica de seguro puro se busca minimizar su magnitud, en la lógica de prestador se busca aumentar, dada una capacidad de oferta, que induce a la ocupación máxima de la infraestructura hospitalaria. Este es un aspecto fundamental, derivado de la alta inversión en capital fijo.

El poder de negociación del prestador puro aumenta cuando existen regulaciones de precio a nivel de primas junto con grados importantes de concentración en el sector prestador, presionando a las aseguradoras al límite de la reajustabilidad regulada, tendiendo los beneficios de las aseguradoras a cero. En caso contrario, de no existir regulaciones en reajustabilidad de primas, el costo se lo llevarán los demandantes de seguros, pues el poder del prestador en la fijación de precios se traspasará a él.

El poder de mercado en la formación de precios por parte del prestador puede surgir del escaso número de prestadores, o de la integración horizontal de los mismos. En el caso de la integración horizontal, ésta supone varias ventajas en el prestador, pues accede a economías de escala, permitiendo disminuir costos en tecnología, insumos, he incluso en negociación de salarios con los cuerpos médicos.

En el caso contrario, cuando quien tiene el poder de mercado es el asegurador, éste se beneficiará si es que cuanta con una cartera amplia que asegure una parte importante de la capacidad del prestador, de tal manera que, en caso de cambiar de prestador preferente, ese cambio pueda convertirse en un problema para el prestador.

Desde el punto de vista de la integración vertical seguro – prestador, la lógica es distinta, pues aquí se trata de rentabilizar dos activos: por una parte, la infraestructura médica, y por otro, el fondo de primas provenientes de las pólizas. Si sumamos las expresiones para los beneficios del seguro y del prestador, nos daremos cuenta de que la componente asociada al precio de la prestación desaparece.

Aquí es relevante tener presente la naturaleza específica del Seguro Complementario Voluntario (SCV), pues es ahí donde podemos apreciar la lógica interna del problema. El fondo de primas de SCV viene a operar en el saldo que no cubre la Isapre o Fonasa, eso significa que, ante una mayor cantidad de eventos, mayores recursos vendrán hacia el prestador, cuyo precio por prestación ya supone un margen de beneficio, de tal manera que los recursos devengados por el seguro por un evento van a parar al prestador, en circunstancias de que el prestador y el seguro son la misma unidad económica. En definitiva, el SCV en contexto de

---

<sup>23</sup> Sin embargo, se debe tener en consideración que las ganancias en bienestar alcanzan a 146 millones de pesos por año, lo cual para todo efecto práctico es absolutamente marginal, y lleva a matizar el tenor de las conclusiones.

integración, opera como un atractor de demanda, aumentando los ingresos, y en consecuencia lo beneficios a nivel de conglomerado dado un nivel de oferta.

En el primer caso, de seguro puro, el incentivo está puesto en captar los mejores riesgos y en minimizar costos de los eventos que tenga que cubrir, ello implicará la búsqueda de convenios con prestadores, que puedan, a cambio de canalizar atenciones bajar el valor de las prestaciones. En el segundo caso, el incentivo esta precisamente en incentivar el número de prestaciones, pues es ahí donde se realiza el beneficio, y se rentabiliza.

Formalmente, pensemos en un modelo simple para ilustrar el problema. Los beneficios de una compañía aseguradora dependen del número de pólizas que venda y de los costos esperados por evento a cubrir. El costo esperado dependerá del riesgo de presentar un evento de los asegurados, y del precio por evento que tenga que cubrir. En consecuencia, la aseguradora intentará pagar el menor valor por evento, a la vez que selecciona los mejores riesgos, de tal manera de maximizar el volumen del fondo de primas recaudadas mes a mes.

En el caso de un prestador, sus beneficios dependen del precio por evento que determine y del número de eventos que atienda, así como de los costos que se generen por evento. Dado el nivel de inversión que implica generar un flujo de prestaciones sanitarias, el prestador debe hacer lo posible por operar a plena capacidad, al tiempo que cobra lo máximo posible y minimiza costos operacionales.

En una situación de competencia perfecta y de simetría de información, el arbitraje clave estará en torno al precio de la prestación, pues un agente puja por uno menor, y el otro agente puja por uno mayor, logrando un precio de equilibrio que maximiza el bienestar social.

Si se piensa en contexto de integración vertical, la situación se modifica. En este caso, el precio de la prestación (elemento clave del arbitraje de mercado) desaparece, pues la búsqueda de beneficios conjuntos hace que lo que salía como costo en el caso de los seguros, sea idéntico a lo que entra como ingreso del prestador, de tal manera que, en este caso, los beneficios dependen exclusivamente del precio de la prima y del número de pólizas, y por tanto del número de prestaciones o eventos, además de los costos de operación del prestador.

La conclusión de este breve análisis es que la integración vertical induce a maximizar la venta de pólizas y por tanto de eventos, dada una capacidad instalada a nivel del prestador, dominando así la ocupación de la infraestructura sanitaria como fundamento de la racionalidad económica, o la "producción de enfermedad".

Si se complejiza un poco más el análisis, y suponemos un contexto de competencia compuesto por distintos actores, con distintas estructuras de organización industrial, donde conviven organizaciones con integración vertical, seguros y prestadores "puros", nos encontramos con dos situaciones. Desde la perspectiva del seguro puro, induce a la necesidad de minimizar los costos por evento, y desde la perspectiva del prestador puro, surge la necesidad de asegurar un flujo de eventos. Esta situación induce a los actores a negociar, de manera tal que surgen los prestadores preferentes o en convenio.

Es en esta última lógica que entran a jugar un rol los seguros complementarios, donde se observan distintos tipos de actores, y muchos de ellos son precisamente prestadores, lo cuales tienden hacia una integración vertical "ascendente" en la perspectiva de asegurar su capacidad instalada. Por otra parte, los seguros tienden también hacia una integración vertical "descendiente", en la perspectiva de abaratar costos por evento a cubrir.

Los seguros complementarios operan como verdaderos atractores de demanda para los prestadores, pues llevan los recursos que gestionan las Isapres y algo de Fonasa hacia centros médicos y clínicas, configurando una estructura de mercado de carácter competitiva y oligopólica compleja.

Es competitivo en el nivel de prestador, pues en la dimensión seguro, producto de la tendencia hacia la integración vertical sea esta “dura” o “blanda”, sólo se compite en diferenciación de producto. Desde la perspectiva del demandante, depende tanto de la oferta del seguro de seguridad social, la Isapre o Fonasa, como de la oferta del seguro complementario. Sin embargo, la competencia está segmentada en nichos, de acuerdo con la capacidad de pago del segmento poblacional.

Definimos una integración vertical “dura” cuando ésta responde al formato clásico de holdings de salud, y “blanda” cuando ésta se configura a través de convenios entre los seguros y los prestadores en la forma de prestador preferente.

## 5. La demanda de seguros de salud

En esta sección se presentan algunos antecedentes en torno a las características de la demanda por aseguramiento y atención de salud. La sección se ordena en tres apartados. En el primero se presenta el problema al que se enfrenta el consumidor cuando demanda un determinado plan de salud, se señalan características generales de la demanda por tipos genéricos de prestaciones, y por seguros complementarios de salud. A continuación, se caracteriza la demanda por seguros de salud. Finalmente, se señala la evidencia acumulada en torno a los problemas de información asimétrica en la demanda por seguros de salud.

### 5.1 Determinantes de la demanda de aseguramiento atención sanitaria

El individuo que se dispone a seleccionar un plan de aseguramiento en salud se enfrenta a un problema complejo, pues la configuración de la oferta es compleja, requiere de un ejercicio difícil de afrontar. Tratando de simplificar al máximo el planteamiento del problema, podemos señalar que las variables claves que inducen la decisión estarán dadas por el plan de salud base que contrata con la Isapre, el plan complementario que opcionalmente puede acceder, y la posibilidad de un seguro complementario voluntario.

Las personas tienen una percepción de los eventos a los que podría enfrentarse, lo que se denomina grado de aversión al riesgo, éste es un primer determinante de la demanda de seguros. Dado lo anterior, el individuo se fijará en la cobertura de prestaciones, y las características de la protección financiera, vale decir, cobertura financiera, deducibles, topes, redes de prestadores preferentes y su relación con la cobertura financiera.

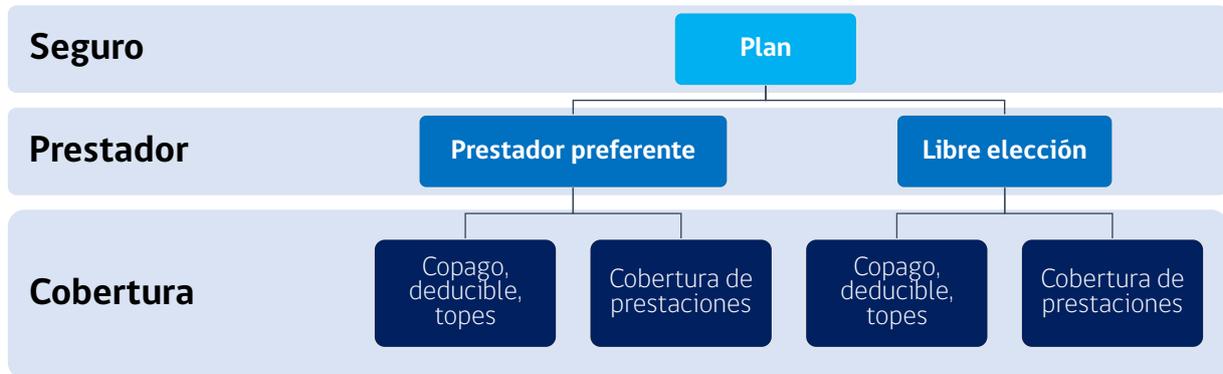
Si evalúa la compra de una póliza de seguro de salud, deberá conjugar todo lo anterior, con la oferta contenida en la póliza. La variable que sintetiza las características del seguro es el precio de la prima.

Una consideración adicional, que no queda reflejada en la Figura 16, es que muchos de estos actores que ofrecen pólizas de seguros de salud, ofrecen dentro de los contratos beneficios adicionales, por ejemplo, descuentos en cadena de farmacias determinada. Esto implica que la estructuración de la industria tal como la describimos en este documento es más compleja aún, pues adiciona un actor, las cadenas farmacéuticas, con quienes las compañías de seguro establecen áreas de negocio a través de las cuales se aumenta la rentabilización de todas las áreas de la industria de la salud.

De esta manera, el individuo cubre sus necesidades de salud en caso de sufrir algún evento, "optimizando" un mix de aseguramiento, que resulta atractivo para los prestadores, cuyo objetivo es precisamente cubrir su capacidad instalada.

Es en el mix de aseguramiento donde se revelan las relaciones entre distintos segmentos de la industria de aseguramiento – atención de salud, que subyacen al sistema de aseguramiento en salud de Chile. Pero no sólo es importante dar cuenta de esas relaciones, sino que lo relevante es tener alguna idea acerca de la intensidad de esas relaciones, en términos de orden de magnitud, de cómo afectan los cambios en una parte de un segmento de la industria, en otro segmento de la misma, pues parece evidente que ante un empeoramiento (mejoramiento) de las condiciones de aseguramiento en la seguridad social, por ejemplo, una baja (aumento) en la cobertura efectiva, el acotamiento (aumento) de la cobertura de prestaciones, o en la disminución (aumento) de los prestadores preferentes, ello redundará en un aumento (disminución) en la demanda por SCV, como una forma de protegerse de las condiciones desmejoradas (mejoradas) que las familias pueden afrontar.

Figura 16: Aspectos asociados a un evento de salud



Fuente: Elaboración propia.

Entre los estudios que abordan las características de la demanda por seguros de salud de la seguridad social está el trabajo de Duarte, F. (2012), que en base a datos administrativos del sistema privado muestra resultados que indican que la demanda por prestaciones electivas es más sensible a los precios que las asociadas a prestaciones agudas, siendo estas últimas cercanas a cero. Por otra parte, muestra que la sensibilidad a los precios aumenta con el nivel de ingresos de los cotizantes, y disminuye con la edad.

Por otra parte, en lo que respecta a los seguros de salud privados encontramos el trabajo de Ibáñez, C. (2020), donde se establecen algunos elementos distintivos de este segmento de la demanda por seguros y por prestaciones sanitarias. Entre la evidencia que se aporta en este trabajo se cuenta el hecho de que la demanda por seguros complementarios está determinada fundamentalmente por el nivel socioeconómico, aumentando la probabilidad de demanda por este tipo de seguros a medida que se transita por los segmentos de población de los grupos B, C, D e Isapres en las que cotizan las personas. En segundo lugar, se muestra que los ciudadanos con seguro complementario demandan significativamente más prestaciones que aquellos sin seguro complementario, independiente de que pertenezca al Fonasa o las Isapres, lo cual reproduce y amplifica los problemas de inequidad en el acceso a la atención de salud.

## 5.2 Segmentación de la demanda de seguros de salud en Chile

La demanda de seguros de salud adopta formas singulares en un contexto institucional como el chileno. Primero, porque en lo grueso se observa una demanda segmentada por nivel de ingresos, lo cual es indicativo de procesos de elección acotados. Segundo, porque la fuente de recursos más significativa proviene de las arcas fiscales y de cotizaciones en un Fondo Nacional de Salud que no es en estricto rigor un seguro. Sin embargo, las fronteras de ambos sistemas, donde se registran mayores competencias y opciones de elección, no es despreciable. En este sentido, un análisis más preciso de la demanda obliga a un dimensionamiento de las poblaciones y sus atributos que las hacen objeto de atractivo por parte de los seguros, a la vez que las poblaciones tienen una capacidad relativa de elección, la cual aumenta, en la medida que aumenta el nivel de ingresos.

La frontera de interés para el análisis de la industria de seguros es aquella que es más o menos sensible frente a variables claves como los parámetros que definen un seguro, como

son la cobertura, deducibles, copagos, redes asistenciales, y por supuesto la prima. Naturalmente, dado el entorno institucional, a los seguros les interesaran aquellas personas con mejor salud y con altos ingresos. Sin embargo, los holdings de seguros y prestadores no necesariamente pueden estar interesados solo en personas sanas, sino fundamentalmente con capacidad de pago, que aseguren el uso de la infraestructura clínica.

En la Tabla 4 mostramos la demanda, de acuerdo con un criterio institucional<sup>24</sup>, en términos de número de personas e importancia relativa. Claramente hay un sector de la población que está vinculado a la industria privada, que son beneficiarias de Isapre. Sin embargo, se debe considerar también que para los seguros y prestadores la población de los grupos B, C y D del Fonasa también es de interés, pues ellos tienen la opción de la modalidad de libre elección, lo que al menos en lo ambulatorio es altamente ocupada, no así en lo hospitalario, pues las coberturas financieras son prohibitivas cuando estas se demandan en prestadores privados. En consecuencia, la población de interés para la industria privada de salud representa un 76% de la población, lo cual es significativo.<sup>25</sup>

**Tabla 4: Personas beneficiarias según tipo de aseguramiento N° y %, 2018**

Tipo de aseguramiento en salud	N° de personas beneficiarias	Participación
<b>Isapres</b>	3.404.896	18,2%
<b>Otros (*)</b>	1.103.854	5,8%
<b>Fonasa</b>	14.242.655	76,0%
<b>Grupo A</b>	3.398.467	23,9%
<b>Grupo B</b>	5.015.793	35,2%
<b>Grupo C</b>	2.296.457	16,1%
<b>Grupo D</b>	3.531.938	24,8%

Fuente: Elaboración propia sobre datos de Clínicas de Chile A.G. (2020)  
 (\*) Considera FFAA y de Orden, personas sin previsión de salud.

### 5.3 Problemas de selección en el mercado de seguros de salud en Chile

Uno de los primeros trabajos sobre los determinantes de la elección de seguros privados de salud en Chile fue el trabajo de Sapelli, C. y Torche, A. (1997 y 1998), los autores recurren a la encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN) de 1990 en el trabajo de 1997 y agregan información de la CASEN 1994 en 1998, utilizan en ambos casos modelos del tipo Logit para distintas submuestras. Los principales resultados señalan que existiría selección adversa, pues el indicador de estatus de salud que construyen a partir de un conjunto de preguntas relativas al uso de prestaciones sanitarias explica de manera positiva la adscripción a los seguros privados representados por las Isapres.<sup>26</sup>

<sup>24</sup> Este criterio institucional sirve de todas maneras como un bien proxy socioeconómico para la argumentación sobre segmentación de mercado.

<sup>25</sup> Si no se considera el Grupo B del Fonasa, la población alcanza a un 49%.

<sup>26</sup> El resultado de combinar distintas medidas de uso de prestaciones sanitarias como proxy del estado de salud es problemático, en particular en datos de corte transversal, pues es probable que se confunda el efecto de riesgo moral con la selección adversa. Para tener un orden de magnitud respecto de la selección adversa encontrada por los autores, en 1990 ésta sería de 7,5%, y en 1994 de 2,5%, lo cual significa que las personas adscritas a Isapres tendrían un 7,5% y 2,5% más de personas con malos riesgos de salud en 1990 y 1994 respectivamente en relación con el Fonasa. Adicionalmente, los modelos presentados no reportan ningún test de bondad de ajuste ni de especificación, tal como se estima en la actualidad, de tal manera que la robustez de las estimaciones no está del todo justificada mirado desde el presente por supuesto.

Posteriormente Sapelli, C. y Vial, B. (2001) matizan las conclusiones señaladas en Sapelli, C. y Torche, A. (1997 y 1998) en cuanto a la existencia de selección adversa en la industria de seguros privados. En este estudio se cambia la perspectiva metodológica y se utilizan modelos de conteo (*Count data*) considerando la selección en la elección del seguro, de tal manera que se investiga simultáneamente la selección adversa y el riesgo moral, concluyéndose que para los trabajadores independientes existiría selección adversa, no así en trabajadores dependientes.

En Sanhueza, R. y Ruiz-Tagle, J. (2002) se estudian los determinantes de elección del seguro privado. Este trabajo es muy similar al de Sapelli y Torche (1997 y 1998), utiliza como fuente de información la Encuesta CASEN 1996, sin embargo, el modelo utilizado es del tipo Probit controlado por endogeneidad de la variable estatus de salud mediante la estimación de sistema de ecuaciones simultáneas. Los principales resultados indican que los factores más importantes que determinan la decisión de comprar un plan de salud privado son: el ingreso, la edad y la composición por género del hogar, si las personas viven en un área con proveedores privados y su estado de salud.

La correlación positiva entre la probabilidad de contar con un plan privado de salud y el indicador de estado de salud, construido con información privada no conocida por los aseguradores privados, muestra que las personas con condiciones de salud deficientes están más dispuestas a comprar un plan privado de salud. Este comportamiento crea un sesgo en el tipo de personas que decide comprar un plan de salud privado. Aquellos que esperan no exigir una gran cantidad de servicios médicos no están dispuestos a pagar tanto como aquellos que esperan consumir una cantidad mayor. Sin embargo, tal como advierten los autores el análisis se basa en una sección transversal de hogares, por lo que el sesgo de selección adversa sólo puede interpretarse como un efecto de corto plazo.<sup>27</sup>

En Henríquez, R. (2006) se presenta evidencia acerca de los problemas de información asimétrica presentes en el mercado de seguros privados, encontrándose que en este caso lo que existiría es una distorsión en el sentido de que, a diferencia de otros mercados de seguros, en este existe selección ventajosa para las aseguradoras, es decir, éstas seleccionan personas jóvenes y sanas que tiene menor riesgo (mejores riesgos desde la perspectiva del seguro). Se señalan algunas limitaciones del trabajo como el hecho de que la variable de estado de salud es auto reportada. El autor utiliza información de la CASEN 2000 para su investigación utilizando modelos del tipo Probit.

El trabajo de Bronfman, J. (2011) es interesante pues trabaja con un panel de datos para los años 1996, 2001, y 2006. Este tipo de información permite minimizar o eliminar algunos de los problemas que comúnmente enfrentan los estudios de corte transversal, pues permite observar a los individuos durante un periodo de tiempo, capturando de mejor manera su comportamiento. Además, este periodo de tiempo se caracteriza por la tendencia creciente a la migración de personas afiliadas desde las Isapre a Fonasa producto de la crisis económica de 1997-1998, de tal manera que la participación de las Isapres en el aseguramiento en salud disminuye en todos los estratos sociales, aumentando la cobertura del Fonasa. El estudio reporta evidencia de presencia de selección adversa en el seguro público tanto en las regresiones de corte trasversal como en el panel.

---

<sup>27</sup> Además de la consideración respecto de la temporalidad de la información, es importante tener en cuenta el cómo se construyó el índice de estado de salud, donde se considera información de egresos hospitalarios, cirugías, consultas médicas, de accidentes, entre otras. Con esta información y mediante la técnica de componentes principales se construye un índice de status de salud. El resultado de combinar toda esta información aumenta la posibilidad de que se confunda el efecto de riesgo moral con la selección adversa. Adicionalmente, como bien señalan los autores, otra debilidad del índice es que se consideran entre la muestra individuos con preexistencias y enfermedades crónicas que evidentemente demandan más consultas, gastos médicos, etc. Para 1996 los autores encuentran que habría un 2,5% más de malos riesgos en Isapre que en Fonasa.

El trabajo de Pardo, C. y Schott, W. (2013) a diferencia de los trabajos comentados recurre a una fuente de información distinta de la CASEN utilizando la Encuesta de Protección Social (EPS), conformando un panel de hogares para los años 2002, 2004 y 2006. Se estiman modelos con la información de corte transversal para los tres años y para el panel que considera todo el periodo de tiempo. Las principales conclusiones de este estudio señalan que existe selección adversa para el seguro público a la vez que los seguros privados cubren a una población relativamente más sana. Por último, los autores señalan que se confirma que en Chile existe un sistema de seguros caracterizado por segmentar por riesgo de salud e ingresos. Las principales lecciones que se infieren de los estudios revisados se pueden ordenar en términos de las metodologías utilizadas, del tipo de modelos en uso, de las limitaciones encontradas, y de los resultados o evidencia aportada.

En términos conceptuales es muy importante atenerse al marco teórico que sustenta el problema de la selección adversa, y al respecto cabe mencionar que está referido a situaciones precontractuales, donde dos son los aspectos centrales. Por una parte, la cobertura del seguro que se negocia, y por otra el riesgo de salud, la interacción de estas dos dimensiones resultará en una determinada prima (o precio del seguro asociado a un determinado plan de salud o cobertura). Por otra parte, en el caso de los mercados de seguros de salud, la asimetría de información está referida a aspectos del estado de salud de las personas que quieren contratar un seguro y que éstas omiten o esconden, y que por lo tanto es desconocida por las aseguradoras.

Estos aspectos conceptuales son centrales cuando se realiza la investigación empírica, pues la elección de las variables de cobertura y riesgo de salud son cruciales. En efecto, por lo general los estudios que hemos revisado mayoritariamente trabajan sobre la base de encuestas poblacionales, razón por la cual las coberturas de los seguros no están registradas, esta es una primera restricción. Al no estar registradas las coberturas, la variable (continua) se simplifica a una variable dicotómica, tiene o no tiene un seguro complementario, obviando la cobertura.

Un segundo aspecto tiene que ver con cómo se mide el riesgo de salud de las personas, que es el aspecto central de este tipo de estudios, y aquí parece ser que no existe una respuesta única en los estudios reseñados, pues en algunos casos se asocia a auto reportes de salud, a enfermedades preexistentes, en otros a consultas médicas, hospitalizaciones, o a si la persona estuvo enferma. Nos parece que el criterio aquí es tener claro el concepto, es decir, el riesgo debe estar expresado en información desconocida por la compañía aseguradora, y debe ser coherente con la situación temporal, vale decir, debe situarse en un contexto de negociación precontractual. Si nos atenemos a estos criterios, la variable de riesgo no podría estar asociada a consultas u hospitalizaciones, a menos que estén referidas a periodos pasados.<sup>28</sup> Esto es muy importante pues muchos trabajos utilizan estas variables, y las asocian a riesgo en salud, sin embargo, a nuestro juicio aquí hay un problema conceptual, que tiene como consecuencia que en las conclusiones se confundan los problemas de selección adversa con los de riesgo moral, y aquí el aspecto temporal es crucial, pues el problema de selección adversa está referido a una situación pre contractual, y el problema de riesgo moral, por lo general, a una situación post contractual. Este aspecto sin duda es una limitación de los estudios de corte transversal, pues las preexistencias, por ejemplo, corresponden a información conocida por las aseguradoras.

---

<sup>28</sup> Este punto es muy relevante en estudios mediante información de panel, la cual permite realizar el seguimiento de los individuos. Sin embargo, cuando la información utilizada es de corte transversal, no es recomendable utilizar este tipo de variables como *proxy* de riesgo cuando lo que se busca es analizar la existencia de selección adversa. De esta manera, entonces, una misma variable podrá o no ser utilizada dependiendo de cómo se considere el tiempo en el modelamiento.

Por último, en esta parte comentamos dos trabajos que abordan el problema del riesgo moral en el mercado de aseguramiento privado de salud en un caso Olivares, P. *et al* (2018), y en el segundo incorporando los seguros complementarios Ibáñez, C. (2020).

En el primer caso se muestran resultados para tres tipos de consulta donde, en términos generales no se encuentra evidencia de riesgo moral, pues el signo del parámetro de estudio es negativo, mostrando que en promedio cuando aumenta la cobertura efectiva la demanda disminuye. Sin embargo, cuando se muestran resultados segmentados por tramos de cobertura efectiva se encuentra la paradoja de que se observa evidencia de riesgo moral cuando se segmenta la población con cobertura efectiva menor a 60% y mayor a 60%, en el primer caso se observan aumentos en el número de consultas a medida que aumenta la cobertura, y el caso contrario se encuentra cuando la cobertura efectiva supera el 60%.

En el trabajo de Ibáñez, C. (2020), se encuentra evidencia de que la existencia de seguros complementarios privados, además del aseguramiento en la seguridad social, induce una demanda significativamente mayor de prestaciones sanitarias en comparación a no poseer dicho seguro. Esto se observa tanto para personas beneficiarias del Fonasa como de Isapres.

## 6. A modo de conclusión: Una visión de conjunto de la industria de aseguramiento – atención de salud en Chile

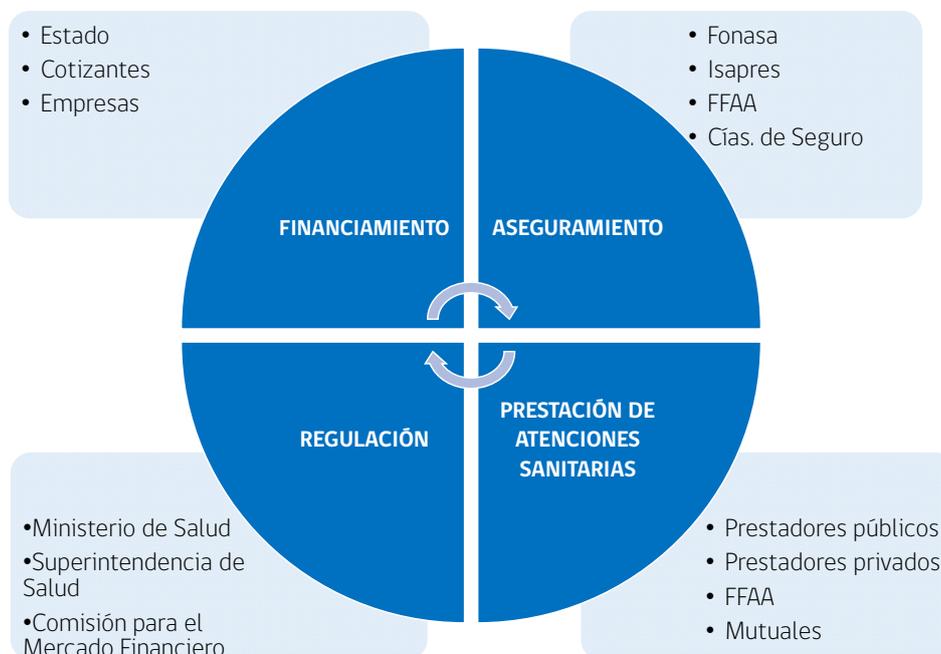
En síntesis, entenderemos a la industria chilena a partir de cuatro dimensiones. Primero, tenemos los agentes financiadores: Estado, Cotizantes y empresas. Segundo, tenemos el ámbito del aseguramiento donde encontramos cuatro grandes actores: Fonasa, Isapres, FFAA y de Orden, y compañías aseguradoras. Tercero, tenemos a los actores proveedores de asistencia sanitaria, donde observamos a: Prestadores públicos, privados, FFAA y de orden, y mutuales. Y, por último, tenemos la dimensión regulatoria, donde intervienen tres instituciones: Ministerio de Salud, Superintendencia de Salud, y la Comisión para el Mercado Financiero.

La configuración de la industria, en cuanto a estructura, conducta, y resultados está condicionada en términos generales por la interacción de estas cuatro dimensiones, y por supuesto, cada cambio en algunas de las condiciones que subyacen a estas dimensiones inducirá un cambio en el margen de los actores en interacción.

Las condiciones que subyacen a estas dimensiones y sus actores corresponderán a todas aquellas variables que afecten el resultado de cada uno de ellos. Por ejemplo, el determinar una forma en particular de reajustar los precios de los planes de salud de la seguridad social, afectará de distinta manera a Isapres, Fonasa, prestadores y personas beneficiarias.

Cambios en la forma de financiar a los prestadores públicos, o en la política de inversión hospitalaria tendrán impactos en Fonasa, Isapres y prestadores privados. Por otro lado, cambios producto de un estado de excepción como el que estamos viviendo, tienen efectos diferenciales en los actores.

**Figura 17: Dimensiones condicionantes de la estructura y dinámica de la industria de la salud en Chile**



Fuente: Elaboración propia.

Más allá de los impactos en cada actor en particular, desde la economía del bienestar y la organización industrial, interesa estudiar los impactos sociales en la asignación de recursos del conjunto de actores. Como se debe intuir, dada la complejidad de la industria y la diversidad de actores, la evaluación de impactos no es trivial.

A manera de resumen, conviene retomar el esquema de análisis mostrado con anterioridad (Figura 2, pág. 13), para visualizar el conjunto de decisiones que los actores concretos de la industria van tomando en cada momento. De este modo se relevan cuatro etapas de toma de decisiones. Primero, los proveedores de atención sanitaria toman decisiones de inversión; segundo, los proveedores y las aseguradoras determinan precios de prestaciones y redes de atención; tercero, las aseguradoras determinan los precios de las primas; y cuarto, los demandantes eligen un mix de aseguramiento considerando redes, primas, coberturas ofrecidas, etc. Por supuesto, se debe tener presente, que las decisiones son parte de un mismo momento, son simultáneas, y por tanto hay grados de interacción entre las mismas. Dicho de otra manera, por ejemplo, las decisiones de inversión de los proveedores de atención sanitaria suponen expectativas respecto del movimiento de variables claves de la industria, como son los precios de prestaciones, las primas de las aseguradoras, etc.

Desde la perspectiva de los precios de las prestaciones, éstos dependerán de la interrelación de mercado entre Fonasa, Isapres y compañías de seguros de salud con los prestadores privados, y de la configuración de la estructura de mercado en términos de los grados de integración económica entre los actores (Figura 18). Esta es una dimensión donde las autoridades regulatorias deben poner atención de manera de evitar conductas anticompetitivas, y de esa forma hacer provocar disminuciones en el bienestar de la sociedad, que podrían evitarse.

**Figura 18: Determinación del precio de las prestaciones**



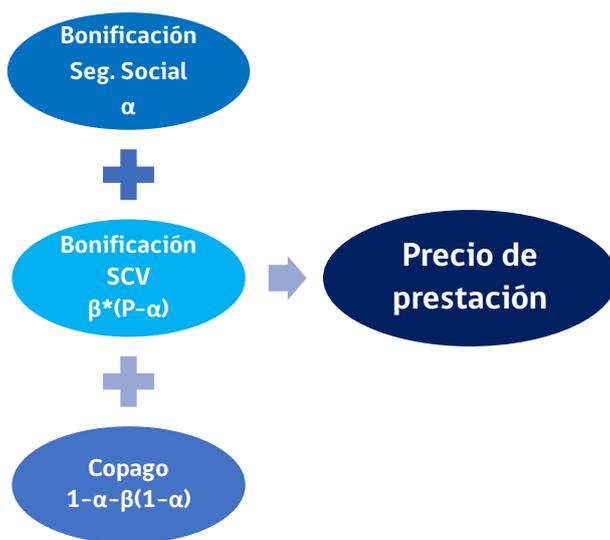
Fuente: Elaboración propia.

La determinación del precio de la prestación no es trivial ni poco importante, por el contrario, de una u otra manera sintetiza las fuerzas de mercado y los intereses en pugna. Para ilustrar esta importancia del precio de la prestación, consideremos los distintos precios relevantes para los distintos actores. Desde el punto de vista de la Isapre, el precio de la prestación es relevante por cuanto parte de él será bonificado por esta. Así, el precio relevante para la Isapre será:  $\alpha * P$ , siendo  $\alpha$  igual a la cobertura del plan base de salud. Nótese que aquí importa tanto la cobertura como el valor absoluto del precio de la prestación.

Desde la perspectiva de una aseguradora privada, el precio relevante será:  $\beta * (1 - \alpha) * P$ , siendo  $\beta$  la cobertura otorgada por el seguro complementario. En este caso  $\beta$ , dependerá de la cobertura inicial o del plan base ( $\alpha$ ) y del valor absoluto del precio de la prestación.

Finalmente, desde la perspectiva del beneficiario, el precio relevante será:  $1 - \alpha - \beta * (1 - \alpha)$ , que corresponderá al copago que deberá realizar. De este modo, la masa de erogaciones de recursos que hagan los distintos actores depende, en definitiva, del precio de las prestaciones. Esta perspectiva se muestra en la Figura 19.

**Figura 19: Precio de prestación como síntesis de mix de aseguramiento en salud**



Fuente: Elaboración propia.

Desde la perspectiva del prestador, hay una variable muy importante que es la capacidad de oferta, cuyo costo de oportunidad se debe considerar, de hecho, cualquier gestor de hospital privado debe inducir la máxima ocupación, ese es su punto de equilibrio, de maximización de beneficios, pues la capacidad ociosa genera costos y en consecuencia menores beneficios.

Dicho lo anterior, se debe poner atención en la estructura de la industria y en la dinámica de la misma, pues, si existe un mercado donde no encuentra asidero la ley de un solo precio, es en el mercado de la salud.<sup>29</sup> El precio se convierte en una herramienta de competencia en busca de beneficios, no es un dato para el actor económico, de tal manera que la formación del precio se genera en los procesos de negociación entre aseguradoras y prestadores, donde ambos van ajustando sus márgenes de beneficio y asumiendo riesgos, cual más cual menos, dependerá del poder de mercado de cada actor.

En general, precios altos benefician a los prestadores, y los precios bajos a las aseguradoras. Sin embargo, cuando la aseguradora juega con las coberturas (Bonificaciones) según tipo de prestador, la situación puede modificarse, pues como se desprende de la Figura 19, un precio alto, por ejemplo, puede beneficiar a prestadores y aseguradoras, si es que va acompañado de altos copagos, y bajas coberturas. De hecho, se puede tener en un mismo prestador un precio de lista diferente, para una misma prestación, según asuma la condición de preferente, en convenio, u otra modalidad, frente a la aseguradora.<sup>30</sup>

<sup>29</sup> Es una de las cosas que se revelan en Olivares, P. y Salazar, E. (2016).

<sup>30</sup> Ídem.

Desde otra perspectiva, los prestadores preferentes integrados pueden ofrecer precios más altos para las aseguradoras de la competencia, y más bajos para la aseguradora con la cual establece convenios. Clarificar algunas de las preguntas que surgen como hipótesis deben ir siendo abordadas de alguna manera, pues afectan para bien o para mal, a un número importante de personas.

Una segunda observación que emerge del presente estudio es que se abren varias posibilidades de trabajo en ampliar el conocimiento de la industria de aseguramiento atención de salud.

En general, existe poco conocimiento sobre el segmento de prestadores privados. Caso contrario ocurre con los seguros, donde se encuentran mayor cantidad de estudios, incluyendo una buena cantidad de los que se han hecho en la Superintendencia de Salud.

En el caso de prestadores privados no hay trabajos que aborden el estudio de la productividad, o la eficiencia. Hay un vacío enorme de conocimiento sobre las interrelaciones de prestadores y aseguradoras privadas, es decir, las Isapres y compañías privadas que ofertan pólizas de seguros de salud. Tampoco existe mucho conocimiento sobre las interrelaciones entre los prestadores privados y el Fonasa.

Se debe avanzar en estudiar cómo afectan las condiciones de prestador integrado, preferente, etc., en la calidad de la atención de salud, en este campo no parece existir nada. En términos de series de tiempo, tampoco sabemos cómo han evolucionado los precios de las prestaciones dependiendo de la condición de integrado, preferente, etc. En la misma línea, no sabemos cómo afectó el proceso de concentración en los seguros los precios de las prestaciones.

Respecto de los seguros complementarios, como se comentó, el conocimiento es aún más escaso, lo cual se explica en parte, por la inexistencia de información pública similar a la existente respecto de los seguros de salud de la seguridad social. Sólo existe información de encuestas poblacionales y auto-declarativas, las que evidentemente carecen de información asociada a datos administrativos, en particular los parámetros clave de los contratos y de las bonificaciones cuando se demanda alguna prestación de salud.

## 7. Referencias

- Antwi, Y.; Gaynor, M. and Vogt, W. (2013). *A Competition Index for Differentiated Products Oligopoly with an Application to Hospital Markets*. International Industrial Organization Conferences.
- Benavides, P.; Castro, R. y Jones, I. (2013). *Sistema Público de Salud, Situación actual y proyecciones fiscales, 2013 - 2050*. Publicación de la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda.
- Barros, O. y Aguilera, I. (2013). *Asignación de recursos a hospitales: ¿Cómo promover la mejora de servicios y la eficiencia?* Documento de Trabajo N°144, Centro de Gestión (CEGES) Departamento de Ingeniería Industrial, Universidad de Chile.
- Berden, C.; Croes, R.; Kemp, R.; Mikkers, M.; Rob van der Noll; Shestalova, V. and Svitak, J. (2019). *Hospital competition in the Netherlands an empirical investigation*. TILEC Discussion Paper No. 2019-008 - CentER Discussion Paper No. 2019-018, Tilburg University.
- Bresnahan, T. and Levin, J. (2012). *Vertical Integration and Market Structure*. NBER Working Paper No. 17889.
- Bronfman, J. (2011). *Health Insurance Choice, Moral Hazard and Adverse Selection: A Study of the Chilean Using Panel Data*. The Public Purpose, Vol. 1, No. Spring 2011.
- CAP (2014): Informe Final Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Régimen Jurídico para el Sistema de Salud Privado. Segunda Edición, septiembre 2015.
- Cifuentes, E. (2018). *Efecto de la integración vertical en los precios de los servicios de salud: El caso colombiano*. Tesis de Magister en Economía. Universidad Javeriana, Colombia.
- Clínicas de Chile A.G. (2020). *Dimensionamiento del Sector de Salud Privado en Chile. Análisis Actualización a cifras año 2018*. Preparado por Clínicas de Chile A.G.
- Copetta, C. (2008). *El Mercado de los Seguros Complementarios de Salud*. Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud.
- Copetta, C. (2013). *Prestadores de Salud, Isapres y Holdings: ¿Relación Estrecha?* Debrott, D. Comp. (2017).
- Cuesta, J.; Noton, C. and Vatter, B. (2019). *Vertical Integration between Hospitals and Insurers*. Departamento de Ingeniería Industrial, Universidad de Chile.
- Debrott, D. e Ibáñez, C. (2014). *Análisis y Propuesta de Financiamiento de la Atención Primaria de Salud Municipal*. Estudio realizado para la Asociación Chilena de Municipalidades.
- Debrott, D. Comp. (2017). *Dossier sobre integración vertical y efectos en el sector privado de salud*. Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud.
- Diebel, A. (2018). *Vertical Integration in the U.S. Health Care Market: An Empirical Analysis of Hospital-Insurer Consolidation*. Documento de Trabajo no publicado.
- Gaynor, M. and Town, R. (2012). *Competition in Health Care Markets*. In Handbook of Health Economics, Volume 2, 2012 Elsevier B.V.

Gaynor, M.; Ho, K. and Town, R. (2015). *The Industrial Organization of Health-Care Markets*. Journal of Economic Literature 2015, 53(2), 235–284.

Galetovic, A. y Sanhueza, R. (2013). *Un análisis económico de la integración vertical entre isapres y prestadores*.

González, C.; Castillo, C. y Matute, I. Ed. (2019). *Estructura y funcionamiento del sistema de salud chileno*. Serie de Salud Poblacional N°2. Facultad de Medicina, Universidad del Desarrollo.

Hart, O. and Tirole, J. (1990). *Vertical Integration and Market Foreclosure*. Brookings Papers: Microeconomics 1990.

Henríquez, R. (2006). *Private health insurance and utilization of health services in Chile*. Applied Economics 38: 423–39.

Ibáñez, C. (2017). *Caracterización del mercado de seguros complementarios de salud en base a la encuesta CASEN 2015*. Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud.

Ibáñez, C. (2020). *Seguros complementarios y demanda de prestaciones sanitarias*. Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud

Joskow, P. (2005). *Vertical Integration*. In C. Ménard and M. M. Shirley (eds.), Handbook of New Institutional Economics.

León, E. y Martínez, A. (2011). *Estructura y comportamiento del mercado de salud en Chile*. Seminario para Optar a Título de Ingeniero Comercial, Escuela de Economía, Universidad de Chile.

Miranda, E. y Paredes, R. (1997). *Competencia, integración vertical y rendimiento en los servicios de salud públicos y privados de Chile*. Banco Interamericano de Desarrollo, Red de Centros de Investigación, Documento de Trabajo R-306.

Olivares, P. y Salazar, E. (2016). *Diferencias y Heterogeneidad en los Precios de un Conjunto de Prestaciones en Prestadores Privados de la Región Metropolitana*. Documento de Trabajo, Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud.

Olivares, P.; Salazar, E.; Sánchez, M. e Ibáñez, C. (2018). *Riesgo Moral Ex-Post en el Sistema Isapre: Análisis de la relación entre cobertura efectiva y utilización de consultas médicas ambulatorias, 2007-2016*. Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud.

Palacios, A. (2015). *Cuenta satélite de salud y sistema de cuentas de salud: caso de Chile*. Presentación realizada en Seminario de Cuentas Nacionales de América Latina y el Caribe 2015, CEPAL.

Pardo, C. and Schott, W. (2013). *Health insurance selection in Chile: a cross-sectional and panel analysis*. Health Policy and Planning 2013; 1–11.

Salinas, H.; Erazo, M.; Reyes, A.; Carmona, S.; Veloz, P.; Bocaz, F.; Silva, P. y Carvajal, R. (2004). *Indicadores de gestión de servicios de salud públicos y asignación de recursos desde el Ministerio de Salud de Chile*. Rev Méd Chile 2004; 132: 1532-1542.

Sánchez, M. (2017). *Coberturas Financieras de los Planes Complementarios de Salud de Isapres Abiertas*. Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud.

Sánchez, M. (2017a). *Análisis de los planes de salud del sistema Isapre a enero 2017*. Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud.

Sanhueza, R. and Ruiz-Tagle, J. (2002). *Choosing health insurance in a dual health care system: the Chilean case*. *Journal of Applied Economics*, 1, 157–84.

Sapelli, C. and Torche, A. (1997). *¿Fonasa para Pobres, Isapre para Ricos?. Un estudio de los determinantes de la elección entre seguro público y privado*. Documento de Trabajo N° 183, Instituto de Economía, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Sapelli, C. and Torche, A. (1998). *El seguro previsional de salud: determinantes de la elección entre seguro público y privado, 1990–1994*. *Cuadernos de Economía*, 106, 383–406, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Sapelli C, Torche A. (2001). *The mandatory health insurance system in Chile: explaining the choice between public and private insurance*. *International Journal of Health Care Finance and Economics* 1: 97–110.

Sapelli, C. and Vial, B. (2001). *Self Selection and Moral Hazard in Chilean Health Insurance*. Documento de Trabajo N° 195, Instituto de Economía, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Van der Heiden; A. (2013). *The advantages and disadvantages of insurer-provider integration: what are implications for dutch health care policy?*. Master tesis Health Economics, Policy & Law 2012-2013, Erasmus Universiteit Rotterdam, Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg.