

Banco Interamericano de Desarrollo
Oficina del Economista Jefe
Red de Centros de Investigación
Documento de Trabajo R-306

Competencia, integración vertical y rendimiento en los servicios de salud públicos y privados de Chile

Ernesto Miranda y Ricardo D. Paredes Molina*

* Ernesto Miranda R. es Gerente General de AFP Aporta y Ricardo D. Paredes Molina es profesor del Departamento de Economía de la Universidad de Chile

© 1997

Inter-American Development Bank
1300 New York Avenue, N.W.
Washington, D.C. 20577

The views and interpretations in this document are those of the authors and should not be attributed to the Inter-American Development Bank, or to any individual acting on its behalf.

1. Introducción

El sistema de salud chileno presenta características únicas. En el país existe un mandato que obliga a los trabajadores activos y pasivos a cotizar un 7% de su ingreso para adscribirse junto a sus dependientes a un sistema de seguro de salud. Esta adscripción obligatoria puede ser al sistema público, el cual se organiza a través de una modalidad solidaria tradicional de seguridad social, o bien al sistema privado, el cual ofrece seguros de salud que obedecen a una lógica de tipo individual. La elección de uno de los sistemas es voluntaria, pero las características de los seguros ofrecidos y su precio de acceso producen una segmentación del mercado de manera tal que las personas de mayores ingresos y menor riesgo se orientan hacia el sector privado de las ISAPRE (Instituciones de Salud Previsional) y aquellos de menores ingresos y mayor riesgo de salud son atendidos en el sistema público.

Las reformas de los años ochenta y la introducción del sistema privado de seguro indujeron la creación de organizaciones con variadas características en cuanto a financiamiento, gestión, propiedad e integración. La diversidad de instituciones en un contexto de baja regulación e intervención estatal puede ser interpretada como la respuesta eficiente de un sistema que se adapta a los distintos requerimientos de los usuarios. Una interpretación alternativa señala que es consecuencia de un marco legal que segmenta artificialmente a las instituciones y a los usuarios, generando ineficiencias e inequidades.

El núcleo del análisis de este trabajo es la organización de los seguros de salud, examinándose la relación entre las distintas estructuras de mercados existentes y sus efectos sobre el desempeño de las instituciones. Para tal propósito se analizan la estructura y comportamiento de las instituciones aseguradoras de salud, la coexistencia entre los sistemas público y privado y, dentro de este último, las diversas formas organizacionales que se han ido generando. Al respecto, se desarrolla una tipología de las entidades orientada a responder las preguntas de organización industrial que motivan el trabajo. Por otra parte, se examina también la organización industrial de los sectores de fármacos y laboratorios, que constituyen un importante eslabón en la cadena productiva del sector.

El trabajo se organiza en cinco secciones, aparte de esta introducción. La sección segunda presenta una síntesis de la evolución institucional del sistema de salud chileno, caracterizándose los subsistemas que lo conforman. La tercera sección examina aspectos de competencia y diferenciación del producto en el mercado de los seguros privados de salud. La cuarta sección del trabajo compara el desempeño de las distintas organizaciones privadas de seguros de salud. La sección quinta evalúa la existencia de cuellos de botella en etapas de producción y distribución de fármacos. La última sección concluye con una síntesis de los principales resultados e implicaciones para las políticas.

2. Evolución del sistema de salud chileno

2.1 Antecedentes del sector

El sistema de salud chileno ha estado a la vanguardia del proceso de desarrollo social iniciado en el país en los años veinte. Así, a mediados de esa década se creó la Caja del Seguro Obrero Obligatorio y un

¹ Se agradece la colaboración de Verónica Loyola. Los comentarios y sugerencias de Osvaldo Larrañaga, Bill Savedoff y José Luis Londoño en las distintas etapas de este trabajo permitieron mejorarlo sustancialmente. Los errores y omisiones que permanecen son de exclusiva responsabilidad de sus autores.

marco legal que dió protección en salud y pensiones a determinados grupos de obreros (*blue collar workers*). Más tarde, en 1952, se creó el Servicio Nacional de Salud a través del cual se extendió la cobertura de salud a la mayor parte de la población trabajadora del país.²

Por otra parte, el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA) creado en 1942 se orientó a actividades de mantenimiento y recuperación de la salud para los empleados (*white collar workers*) y sus grupos familiares. En los años cincuenta se extendió la protección y recuperación de la salud por concepto de los riesgos laborales mediante la creación de las Mutuales de Accidentes del Trabajo, sistema que fue perfeccionado en 1968 mediante la Ley de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales. Es también en la década de 1950 que se incrementaron los beneficios de salud a través de la formación de las Cajas de Previsión orientadas a proveer seguridad social en materia de pensiones y beneficios afines.

Hacia fines de la década de 1970 el sistema de salud chileno había ya alcanzado una cobertura del orden del 80%. Sin embargo, existía una serie de problemas que dificultaban su desempeño. Entre ellos destacan los siguientes:³ i) había fuertes diferencias entre los beneficios de obreros y empleados; ii) una fracción importante de la población beneficiaria no aportaba cotizaciones para el financiamiento de la salud; y iii) eran excesivas la centralización, jerarquización y burocratización, lo que se traducía en una administración deficiente y en escasa capacidad de respuesta frente a las necesidades de las personas. Una hipótesis de amplia aceptación establece que tales problemas tienen como causa común las insuficiencias de la modalidad pública tradicional en materia del financiamiento, gestión y provisión de la salud. El signo más evidente de la crisis del sistema es el progresivo encarecimiento de la seguridad social, que en conjunto terminó imponiendo una presión de 35% sobre su principal fuente de financiamiento: la nómina de salarios.

Sobre la base de este diagnóstico a inicios de los años ochenta se implementa un conjunto de reformas estructurales que reestructuran y descentralizan el sistema público, traspasan a la administración municipal la mayor parte de los consultorios de atención primaria, y crean la opción de afiliación previsional a seguros privados de salud.

Los cambios en salud, como también en los demás sectores sociales, formaron parte de un conjunto amplio de reformas estructurales basadas en la apertura de la economía, el papel subsidiario del Estado, la primacía del mercado para la asignación de recursos y la derregulación generalizada de los mercados domésticos.⁴ La primera ronda de reformas llevada a cabo a mediados de los años setenta tuvo por objeto el área macroeconómica y sectorial. La segunda fase de las reformas se orientó a los sectores sociales, y además del sector de la salud, modificó estructuralmente el funcionamiento de los servicios de educación, previsión, vivienda y subsidios monetarios.

La institucionalidad de inicios de los años ochenta rige hasta el presente con algunas modificaciones menores. Así, en mayo de 1995 se reformó la ley de ISAPRE, introduciéndose algunos cambios orientados a proveer mayor transparencia e información en el sistema. En el sistema público se han reformado los sistemas de pago a los proveedores con la introducción a nivel piloto de Pagos Asociados a Diagnóstico (DRS) para los hospitales y un sistema de pagos capitados para la atención primaria. También se han puesto en marcha **Acompromisos de gestión** a manera de introducir una mayor rendición de cuentas por parte de los oferentes públicos de salud.

2.2 Caracterización de los subsistemas de salud

² Véase Miranda y Vergara (1993).

³ Véanse Oyarzo (1991 y 1992) y Miranda, Scarpaci, e Irarrazaval (1995).

⁴ Un excelente trabajo sobre este tema es el de Edwards y Edwards (1987).

La reforma de la salud de 1981 permitió que la cotización obligatoria para la salud pudiese destinarse al sistema público (Fondo Nacional de Salud, FONASA), que se organiza a través de una modalidad solidaria tradicional de seguridad social, o bien a administradoras privadas (ISAPRE) que ofrecen seguros de salud de acuerdo a una lógica de tipo individual. Los afiliados al sistema público obtienen preferentemente acceso a atención de salud en la red de hospitales públicos y en los centros de atención primaria, administrados por los municipios. En ambos casos la oferta de prestadores responde a un modelo organizacional de tipo burocrático, financiado de forma centralizada y sin mayor atención a la demanda. Por su parte, los adscritos al sistema privado tienen acceso a prestadores privados a través de una modalidad de libre elección, la cual utiliza como método preferencial de pago un sistema de reembolso por prestaciones otorgadas.

De esta manera, el sistema de salud chileno está conformado por estos dos grandes subsistemas. El financiamiento proviene de la cotización de salud obligatoria, que se complementa con aportes estatales en el caso del Sistema Estatal y con cotizaciones voluntarias adicionales en el caso del Sistema Privado. Todos los trabajadores dependientes, así como los pensionados, tienen que contribuir un 7% de su renta imponible, con un tope mensual de 60 UF (unidades indexadas cuyo valor unitario es de aproximadamente US\$33), con lo cual obtienen cobertura de salud familiar. Por otra parte, las personas carentes de ingreso o indigentes son beneficiarias del sistema público de salud sin necesidad de cotización o pago de otra índole.

En el caso del sistema estatal, la cotización obligatoria da acceso a un plan de salud homogéneo. Por el contrario, en el caso de la ISAPRE, son muchos los planes de salud ofrecidos a distintos precios, por lo cual la cotización obligatoria puede o no ser suficiente. En caso de que el afiliado desee obtener un plan de salud más completo y por ende, más caro que el permitido por su contribución obligatoria, necesita pagar una cotización adicional.

a) Sistema estatal

El FONASA es la entidad administradora del sistema estatal, que recoge los ingresos del sistema, cotizaciones y aporte fiscal y los destina a los proveedores del sector. La base productiva del sistema estatal está conformada por 26 servicios de salud, organismos autónomos con personalidad jurídica y patrimonio propio, que son responsables de las prestaciones de salud secundaria y terciaria ofrecidas a través de una red de establecimientos hospitalarios, un total de 200 con diferente nivel de complejidad, así como de centros de atención abierta (adidos a los hospitales). Por otra parte, la red de atención primaria consta de 376 consultorios, de 1.102 postas rurales y de 720 estaciones médico-rurales que en su gran mayoría son administrados por las municipalidades de las comunas respectivas.

Para la provisión de atención de salud en el sistema estatal existen dos modalidades de atención: institucional y por libre elección. En la modalidad institucional las personas acuden a los consultorios de atención primaria que ofrecen servicios curativos de baja complejidad técnica a través de una modalidad de atención abierta, realizan actividades de fomento y prevención de salud y, en caso necesario, derivan a los pacientes a los establecimientos hospitalarios que proveen prestaciones de nivel más complejo. Cabe señalar que la atención en los consultorios de atención primaria es gratuita para los adscritos al sistema pública, mientras que la atención hospitalaria requiere un copago que se calcula según el tipo de prestación y en proporción con el nivel de ingreso del cotizante. Sin embargo, este sistema está sujeto a fuertes problemas de evasión por falta de sistemas de información adecuados.

La modalidad de libre atención es complementaria a la institucional y está abierta sólo a los cotizantes y a sus dependientes familiares (no así a los indigentes). Esta modalidad cofinancia el acceso a un conjunto de prestadores privados que acuerdan ofrecer prestaciones a precios preestablecidos por el FONASA. El copago que efectúa la persona está organizado en tres niveles tarifarios y depende del tipo de prestador al que se acude y no del nivel de ingreso del usuario. Los hospitales públicos presentan una gran integración vertical en la producción. En ellos se proveen desde consultas hasta exámenes clínicos y cirugía mayor. Que

una parte importante de los servicios de menor complejidad sean provistos en los establecimientos hospitalarios puede reflejar cierto grado de ineficiencia producto de la falta de coordinación con los niveles de atención primaria. Ello en parte responde también a insuficiencias en la capacidad de gestión de los municipios que deben ser subsanadas en los niveles superiores del sistema.

La modalidad dominante respecto del pago a los prestadores de servicios de salud en el sector público históricamente ha sido de carácter centralizado y burocrático. La asignación de recursos ha sido efectuada sobre la base de presupuestos históricos calificados por criterios de negociación discrecional. Los pagos al personal profesional y no profesional han estado fundamentalmente vinculados a variables de tipo categórico que no guardan relación con la productividad de la labor efectuada. No obstante, como ya se señaló, a partir de los años noventa se diseñó un conjunto de instrumentos de pago basados en criterios prospectivos según la población adscrita⁵ en el caso de los consultorios municipales⁶ y según el tipo de prestaciones en la atención hospitalaria. Estos instrumentos intentan introducir mayor racionalidad y rendición de cuentas en la oferta de prestaciones del sistema público. Sobre su efectividad no existe todavía una evaluación.

b) *El sistema privado*

El sistema de ISAPRE opera como un seguro de salud individual privado en que los beneficios ofrecidos son una función de la prima y del nivel de riesgo médico de los asegurados (*experience rating*). Sin embargo, la obligación de cotizar el 7% de los ingresos confiere un rasgo particular al sistema de ISAPRE chileno. En efecto, de acuerdo al monto de la cotización, así como al riesgo médico de los asegurados, la ISAPRE ofrece un plan de seguro de salud que relaciona el gasto esperado con los pagos efectuados. En términos económicos, la cantidad del servicio es la variable endógena en la transacción, la cual se ajusta a un aporte (precio) que se determina de forma exógena.⁵

Los planes de seguro ofrecidos por las ISAPRE especifican los porcentajes de reembolso sobre las tarifas cobradas por los prestadores de salud por concepto de prestaciones y servicios asociados (exámenes, días-cama, etc.), así como techos límites de la tarifa a reembolsar. En términos generales, los contratos suelen establecer que los porcentajes de reembolsos y los techos crecen con la prima pagada por el plan de salud.

El sistema de proveedores privados está conformado por clínicas, hospitales y profesionales independientes que atienden tanto a los asegurados de las ISAPRE como a los cotizantes del sistema público a través de la modalidad de libre elección. En algunos casos las ISAPRE ofrecen en forma directa prestaciones de salud, integrando verticalmente las actividades de seguro y producción del servicio.

El pago a los prestadores privados opera principalmente mediante reembolsos por servicios prestados, modalidad que reduce a un mínimo el riesgo financiero para los proveedores de servicios de salud. Por otra parte, este esquema confiere gran libertad de elección para la población usuaria. También existen alternativas de acceso a conjuntos más acotados de prestadores⁶ lo que presupone un menor grado de libertad de elección⁷ a cambio de un menor precio por la prestación. Ello puede ocurrir a través de listas de prestadores que tienen convenio con la ISAPRE respectiva, donde el sistema de pago continúa siendo por servicio prestado, o a través de una modalidad de atención cerrada en el caso de algunas ISAPRE que poseen estructuras de prestaciones médicas.

Las ISAPRE constituyen el centro financiero del sistema y determinan el desarrollo de las diversas etapas productivas. Entre las ISAPRE se pueden distinguir dos tipos: cerradas y abiertas. Las ISAPRE cerradas son sociedades privadas que tuvieron su origen en empresas que, previo a la creación del sistema, poseían ya convenios de salud con sus trabajadores y destinaban recursos para su financiamiento. Cuando se estableció que la cotización para la salud podía ser destinada a administradoras privadas estas empresas

⁵ Una excepción a esta práctica está dada por la posibilidad de adquirir planes de seguro adicional a cambio de una cotización superior al 7% del ingreso.

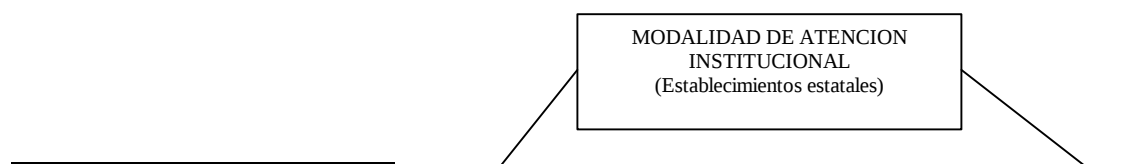
constituyeron las denominadas ISAPRE cerradas a modo de aprovechar la cotización de sus empleados para financiar los beneficios otorgados de salud. De esta manera, estas entidades se caracterizan por la entrada limitada a las personas que trabajan en la empresa y por un volumen significativo de cotizaciones adicionales que son financiadas por las empresas. Destacan, entre ellas, las ISAPRE del Cobre, que por el tamaño y naturaleza del sector en que operan tienen un comportamiento distintivo.⁶

De esta forma, las ISAPRE cerradas poseen un mercado sujeto a gran cautividad que las aisla de la competencia en el mercado asegurador de salud. La existencia de un “nicho de mercado” para las ISAPRE cerradas tiene su origen último en los aportes adicionales que efectúa la empresa madre, los cuales se pierden en caso que el trabajador se desafilie. En tal sentido, los beneficios obtenidos o asimilables por los miembros de una ISAPRE cerrada son, para la gran mayoría de sus afiliados, superiores a los que lograrían en el mercado.

Por su parte, las ISAPRE abiertas son empresas privadas independientes que se asimilan a empresas de seguros. Aun cuando no poseen nichos de mercado, como ocurre en el caso de las ISAPRE cerradas, practican una gran diferenciación de productos al amparo de la legislación e incentivos vigentes. Tal diferenciación puede ser consistente con otorgar servicios más adecuados a las necesidades de los distintos consumidores. Sin embargo, la existencia de una gran cantidad de planes, difícilmente comparables, puede inducir márgenes de ganancias superiores a los existentes en un mercado competitivo y con un producto homogéneo.⁷

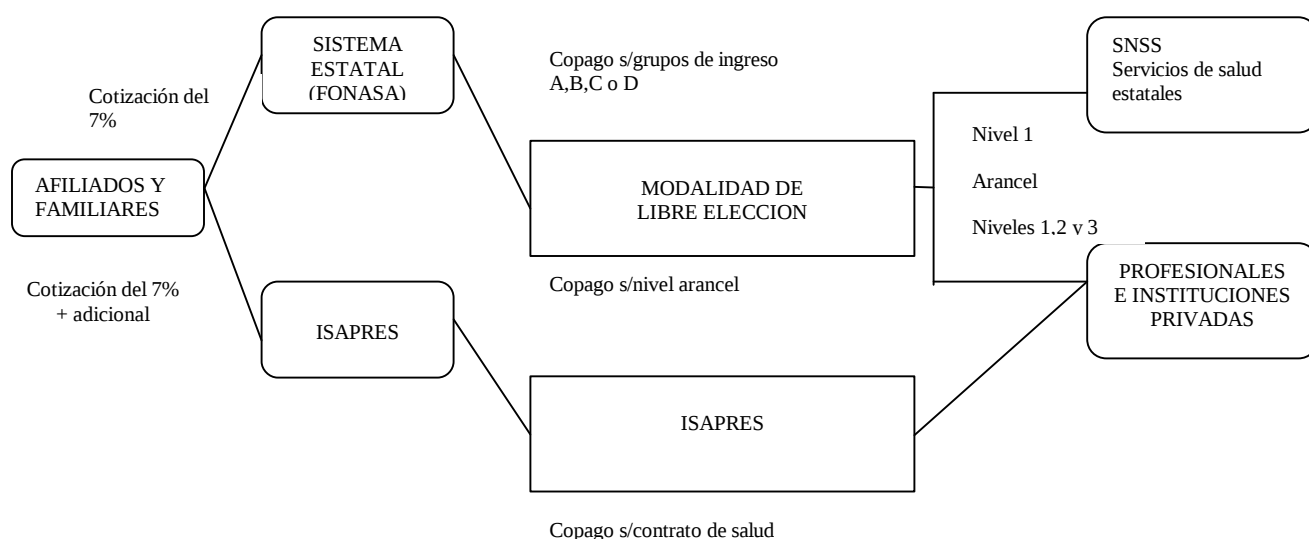
En cuanto a integración, algunas ISAPRE son propietarias de clínicas privadas y otras han establecido sistemas de atención ambulatoria en instalaciones propias (“atención directa”). Sin embargo, la mayoría de las atenciones de salud son otorgadas mediante convenios de atención con proveedores, que pueden atender ya sea en sus propias instalaciones o en las de oferentes externos. Las ISAPRE cerradas presentan, asimismo, modalidades de atención directa y libre elección total (figura 1).

Figura 1
Estructura del sistema de salud en Chile



⁶ A diferencia del resto de las ISAPRE, la gestión en las ISAPRE del Cobre depende fuertemente de las decisiones de la empresa “madre”, y de hecho su personal y ejecutivos son parte de la planta de personal de aquéllas.

⁷ Ello, por ejemplo, pudiera ser consecuencia de los costos de información, que han significado un número importante de reclamos a las Comisiones Antimonopolios en relación a presumibles engaños no sólo por parte de las ISAPRE, sino también por parte de las clínicas.



c) El financiamiento

El cuadro 1 presenta la estructura de financiamiento de los sistemas público y privado de salud para el año 1995. Las principales fuentes de ingreso para el sistema público fueron las cotizaciones de los afiliados al FONASA (33% del gasto del sector) y el aporte proveniente del presupuesto fiscal (48% sobre el total). El copago para tener acceso a las atenciones de salud en el sector público, fundamentalmente a libre elección del FONASA, representó ingresos equivalentes al 19% del gasto en el sector.

Por su parte, las ISAPRE recibieron en 1995 el equivalente del 44% del gasto total en salud. Las cotizaciones de los asegurados representaron el 82% del gasto en el sector, seguidos por los copagos en el momento de la atención de salud (14%). El 4% restante se originó en aportes fiscales orientados a cancelar las licencias maternas y en un subsidio destinado a cotizantes de bajos ingresos para que tengan acceso al seguro privado.

Cuadro 1
Financiamiento de los sistemas de salud en 1995

	Privado ISAPRE	Público FONASA (1)
Total en millones de US\$ (%)	1.118,2 (44)	1.039,9 (56)
Fuentes (%)		
Aporte fiscal	4	48
Cotizaciones	82	33
Copago	14	19
Gasto por beneficiario (US\$)		
Cotización promedio (US\$)	297.646	205.121

Fuente: Larrañaga (1996).

d) *El modelo subyacente a la comparación de los sistemas*

La caracterización comparada de las ISAPRE abiertas y cerradas es de interés en tanto que ambas responden a motivaciones distintas y puede, por tanto, preverse diversidad en cuanto a sus comportamientos. También existen diferencias entre tales entidades y el sistema público. De esta manera, se puede estudiar el impacto del diseño institucional sobre el desempeño de las instituciones.

En cada sistema o subsistema existe un contrato entre un principal (en este caso, el usuario que cotiza y que delega el cuidado de su salud a una institución privada o pública) y un agente. Este agente, al que se le encomienda velar por tal objetivo, tiene incentivos que no siempre están sintonizados con los del principal. Más aún, algunos de los objetivos, como el de reducir a un mínimo los costos de operación, son claramente contradictorios entre ambas partes.

En el caso del sistema público los proveedores de servicio (e.g., el Gobierno, los médicos y los funcionarios) o “agentes” no tienen contratos que hagan compatibles sus incentivos con los del usuario o del principal. De hecho, los beneficios de salud del sistema público son de naturaleza convenientemente ambigua. Los usuarios no tienen claro cuáles son sus derechos y atribuciones. Esta es una característica funcional para un sistema que raciona según variables distintas del precio, como es el caso de las colas y del trato discriminatorio. La falta de contratos explícitos hace relativamente costoso el monitoreo e incrementa los incentivos para desviarse de los objetivos del principal.

En el caso de las ISAPRE cerradas, los objetivos del principal, exclusivamente en cuanto a la salud, están restringidos al marco que impone la negociación colectiva. La restricción presupuestaria es en algún sentido menos operativa, lo que eventualmente mejora los servicios pero incrementa excesivamente los costos. Por último, en el caso de las ISAPRE abiertas las restricciones presupuestarias son más operativas, los requisitos de eficiencia mayores y los contratos más eficientes.

e) *La regulación*

El sistema de salud chileno está regulado fundamentalmente en dos ámbitos: provisión y aseguramiento. En cuanto al primer ámbito, el Instituto de Salud Pública de Chile (ISP) es la autoridad sanitaria encargada en todo el territorio de autorizar y registrar productos farmacéuticos y alimentos de uso médico y cosmético y de verificar la ejecución del control de calidad de los mismos.

La normativa legal establece requerimientos sobre fidelidad y requerimientos en la provisión de información sobre todos los efectos colaterales y secundarios y los peligros y limitaciones del empleo de medicamentos. Por su parte, existe una serie de normas destinadas a dar el acceso a las fichas clínicas, con el objetivo fundamental de permitir la pronta difusión del conocimiento y del cuadro clínico de los pacientes, función que también está bajo supervisión del ISP. Están contemplados otros aspectos, como la no discriminación de usuarios, pero no dentro de una normativa específica del sector. Más bien, caen en el ámbito legal general, por lo que son las instituciones antimonopolio las encargadas de hacer cumplir tales principios.

Por otra parte, los servicios de salud tienen a su cargo la supervisión de los prestadores de salud. Teóricamente, controlan la calidad de la atención y los resultados de salud de los prestadores, pero en la práctica esto no ocurre. Actualmente, dentro del sistema público sólo se realizan mediciones de rendimientos mediante la observación de egresos, consultas y días de estancia (varios formularios de rendición mensual de cobro RMC), y la estimación de costos por día, por paciente, por procedimiento (Sistema de Información Gerencial y Monitoreo—SIGMO).

Los prestadores privados son regulados por el servicio de salud al que pertenecen (autorizados para funcionar y otorgados acreditación estructural). Los servicios de salud exigen información sobre prestaciones, egresos y notificación de las enfermedades de notificación obligatoria, sin tener información sobre la calidad y el resultado de las prestaciones. A pesar de que los servicios exigen a los prestadores privados que les

envíen información periódica sobre las prestaciones que entregan, no están facultados por ley para efectuar esta solicitud. La ley los faculta para inspeccionar los establecimientos y en ese contexto observar sus registros de prestaciones. De cualquier modo, actualmente los servicios de salud no hacen un uso sistemático de la información que recogen, a excepción de los egresos hospitalarios, que se incorporan a las estadísticas nacionales sobre hospitalizaciones.

Sin embargo, el Ministerio de Salud, a través de sus políticas y programas de orientación a los prestadores, no utiliza mecanismos de regulación de la calidad y efectividad de la atención de la salud en el país. Lo que actualmente regula la calidad y efectividad en el sistema es un mecanismo de autocontrol de los profesionales médicos (control de pares, prestigio, ética profesional).

En el caso de las ISAPRE, la regulación en los primeros años de funcionamiento del sistema mantuvo un perfil de permisividad y poca intervención.⁸ De hecho, cuando se crea el sistema en 1981 el objetivo de las ISAPRE se establece en forma amplia: otorgar beneficios de prestaciones de salud, ya sea directamente o a través del financiamiento, con las personas con las cuales se suscribe un contrato.

En la etapa inicial las ISAPRE estaban sometidas a la supervigilancia del FONASA. En la medida que esta entidad asume un papel paralelo al que desempeñan las ISAPRE en el sector público, administrando las cotizaciones y financiando la oferta de prestaciones, se requiere la creación de un nuevo órgano para efectuar las veces de regulador de las instituciones privadas.

En 1990 se crea la Superintendencia de ISAPRE, servicio exclusivamente dedicado a la regulación y fiscalización del sector. Desde esa época, y especialmente desde 1995, la regulación se hace más intervencionista. Los contratos se restringen ya no sólo a la voluntad de las partes, sino que incorporan a la Superintendencia como árbitro de última instancia y se establece una serie de restricciones orientadas a dar mayor transparencia a la relación entre las ISAPRE y los usuarios, así como para proteger a estos últimos en caso de eventuales abusos.

En la actualidad las ISAPRE tienen una responsabilidad contractual con los usuarios, quienes pueden apelar y buscar intermediación ante la Superintendencia de ISAPRE y efectuar una reclamación a la justicia ordinaria. La reclamación puede tener dos fundamentos: incumplimiento del contrato (coberturas, copagos) o insatisfacción con la calidad del servicio obtenido. Las reclamaciones ante la justicia son relativamente infrecuentes (se estiman en un 2% de los beneficiarios) y en su mayoría se refieren a incumplimientos de contrato.

Sin embargo, los contratos entre las ISAPRE y la población asegurada están regidos, en lo fundamental, por la voluntad de las partes. Tampoco existen restricciones respecto de las modalidades de pago que se utilizan en el trato con los prestadores de servicios de salud. La legislación no impone mayores restricciones a la entrada, más que acreditar un patrimonio mínimo que, en 1996, alcanzaba a US\$ 160.000.

No obstante lo anterior, y a pesar de que se norma en materia de exclusiones, precios y el término de los contratos, se puede afirmar que el mercado sigue estando mínimamente regulado. Más aún, la regulación existente no limita, sino que fomenta las posibilidades de entrada y competencia.

2.3 Evolución global y comparada de los sistemas público y privado de aseguramiento.

El sector privado ha ampliado de forma constante su cobertura durante el período de 1981-1995 (cuadro 2). Así, la participación de las ISAPRE, que se aproximaba a 10% de los usuarios en 1987, llega a ser más del 30% diez años después. La tasa de crecimiento del sistema de ISAPRE ha sido del orden del 20% como promedio anual durante los últimos ocho años. La expansión del sistema es aún mayor si se considera sólo el universo de los cotizantes y en particular, el de los que son laboralmente activos. En la actualidad existen ya más cotizantes activos adscritos al sector privado de salud que al público. Por otra parte,

⁸ Para un análisis crítico del tema de la regulación de ISAPRE, véase Gandolfo (1995).

prácticamente la totalidad de los pensionados son cotizantes del sistema público, lo cual es reflejo de la dualidad del sistema de seguros vigente en el país (véase la sección 2.4).

La expansión de la cobertura del sector privado ha superado con creces al incremento de la fuerza de trabajo y de los salarios reales. Ello sugiere que el sistema de ISAPRE se ha expandido hacia estratos de ingresos más bajos de la población. El avance del sistema privado responde a dos tipos de razones principales. Por una parte, el sector de ISAPRE ha sido bastante innovador en la oferta de planes que sean halagadores para nuevos segmentos del mercado. Al respecto, el desafío de estas instituciones es ofrecer planes de salud que: a) puedan ser financiados con la cotización del 7% de los ingresos de las personas; b) representen un mejor producto que el ofrecido por el sistema público (que cuenta con aportes fiscales adicionales) y, no menos importante, c) que constituyan un buen negocio y contribuyan a las utilidades de la ISAPRE.

Es evidente que la expansión del mercado de las ISAPRE está limitada por la existencia del seguro público, que ofrece una cobertura de beneficios de salud independientemente del nivel de la cotización efectuada. El plan de salud que las ISAPRE pueden ofrecer se torna menos atractivo a medida que baja el nivel de ingreso (cotización) del usuario, o que aumenta su nivel de riesgo médico. De tal manera, existe un nivel de ingreso y de riesgo médico que hacen racional preferir el sistema público respecto del privado. Ello representa un límite natural al crecimiento del sistema de ISAPRE.

Una de las vías más expeditas que el sistema privado ha utilizado para extender su cobertura a sectores de menores ingresos ha sido el uso de convenios colectivos. Estos representan un contrato entre las ISAPRE y un grupo de personas (sindicatos, empresas u otros) a través del cual la ISAPRE puede ofrecer acceso a la persona a un mejor plan de salud de forma individual. La mejor oferta de la ISAPRE en el convenio colectivo proviene de dos fuentes: la conveniencia que para la entidad aseguradora representa una venta de gran volumen y el menor riesgo asociado con vender un seguro a una cartera amplia de clientes. Por otra parte, es importante subrayar que la modalidad del convenio colectivo no supone el abandono de la lógica individual de los planes de seguro ofrecidos por las ISAPRE. Así, el convenio colectivo a un grupo de personas (por ejemplo, una empresa) ofrece distintos niveles de beneficios según la categoría de ingresos y los riesgos de los distintos subgrupos que la componen.⁹

La segunda razón detrás del crecimiento del sector de ISAPRE radica en el mayor atractivo del producto allí ofrecido en relación con el que existe en el sistema público. En efecto, el sistema privado posee atributos como la libertad de elección de los prestadores y el trato diferente que reciben los usuarios en la misma ISAPRE y en la atención profesional. En cambio el sistema público, permeado por la organización burocrática y centrado en el financiamiento de la oferta, enfrenta serios obstáculos para ofrecer un producto diferenciado y atractivo para el usuario.

Las limitaciones de la estructura organizacional del sistema público han quedado plenamente al descubierto durante los últimos seis años. En efecto, durante el gobierno militar el sector público de salud se vió enfrentado a una fuerte reducción de financiamiento, que redundó en problemas de infraestructura, carencia de insumos y éxodo de personal. A fines de los años ochenta se normalizó la institucionalidad democrática y se dió prioridad a la recuperación del sistema público de salud. La expresión más evidente de esta política es la cuantiosa inyección de recursos financieros destinados al sector, que ha permitido prácticamente la duplicación del gasto per cápita en el transcurso de un período de seis años. Sin embargo, tanto las encuestas de opinión a los usuarios como la opinión de expertos coinciden en señalar que tales

⁹ No existen cifras oficiales respecto de la cobertura de los convenios colectivos. Según estimaciones, en la actualidad alrededor de un 60% de los usuarios del sector están sujetos a algún tipo de convenio colectivo.

cambios han tenido poco impacto sobre la atención que en última instancia recibe el usuario del sector.¹⁰

Otro indicador de interés que refleja la oferta de prestaciones de salud e infraestructura es la disponibilidad de camas en los sistemas de salud. Esta pasó de 4.088 en 1980 a 10.600 en 1992 en el sector privado, mientras que en el sector público cayó de 33.879 a 32.279 en el mismo período. Estas cifras sugieren que la introducción del sistema de ISAPRE generó condiciones para la vigorosa expansión de la industria privada de la salud que representa hoy día alrededor de la mitad del gasto total del sector de la salud. Este es un “parámetro duro” del sistema de salud chileno que hay que tener en consideración, más allá de los problemas y limitaciones vigentes en materia de equidad y eficiencia.

Cuadro 2
Indicadores globales de actividad por sistema

Años	Beneficios (miles)		Cotizantes activos)	Ingreso medio cotizante (miles de US\$ de 1994)	Gasto per cápita (miles de US\$ de 1994)	
	Público	ISAPRE	ISAPRE (%)	ISAPRE	Público	ISAPRE
1981	9.851,5	617,0	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
1984	10.017,6	2919,0	n.d.	330,0	296	1.453
1987	9.980,1	1.087,7	21,7	284,6	282	1.125
1990	9.907,6	1.929,7	35,4	292,9	338	1.322
1992	9.385,1	2.795,2	47,0	273,2	485	1.248
1995	9.009,3	4.400,0	55,2	277,3	613	1.246

Fuente: SNS y Superintendencia de ISAPRE.

2.4 La condición de dualidad de los sistemas de salud

La estructura de seguros característica de los sectores público y privado de salud origina un sistema de carácter dual que separa la población en dos grupos. Así, la lógica de un seguro que funciona sobre bases individual y privada es la selección de asegurados según ingresos y riesgo médico. Por otra parte, el carácter de seguro solidario del FONASA se asocia con un mecanismo de selección adversa, puesto que las personas de altos ingresos y bajo riesgo médico tienen el incentivo de emigrar del sistema solidario. De esta manera, ambos sistemas son funcionales para dar origen a la estructura dual que concentra a las personas de altos ingreso/bajo riesgo en el sistema ISAPRE y aquellas de bajos ingresos/alto riesgo en el sistema FONASA, institución que actúa como seguro de última instancia y que viabiliza al fin de cuentas el sistema dual de seguros de salud. El cuadro 3 presenta estadísticas que ilustran esta materia. En particular, se observa que la cobertura del sistema de ISAPRE disminuye con el ingreso de las personas y con su riesgo médico, representado a través de la variable edad.

Por otra parte, el carácter competitivo del mercado de seguros de ISAPRE, que alienta la libre elección y el cambio de ISAPRE tras la búsqueda de mejores alternativas de salud, tiene como resultado un seguro de carácter transitorio que provee coberturas acotadas en el tiempo y que atenta contra la toma

¹⁰ Sin embargo, durante los últimos años ha habido una desaceleración del crecimiento del sector de ISAPRE que podría estar relacionada con el fortalecimiento del sistema público. Una interpretación alternativa es que el sistema de ISAPRE estaría convergiendo hacia su tamaño “natural”.

de compromisos de larga duración entre la ISAPRE y el afiliado. Dos son las principales ineficiencias que se derivan de este esquema: la subprovisión de actividades de fomento y previsión de la salud y la desprotección de la tercera edad. En cualquier caso, es importante señalar que la estructura dual citada constituye una respuesta racional de los agentes económicos respecto del marco institucional y de incentivos vigente en el sector.

Cuadro 3
Afiliación por estrato de ingreso en cada sector (%)

Grupos de edades	Quintiles de ingreso									
	I		II		III		IV		V	
	Seguro público	ISAPRE	Seguro público	ISAPRE	Seguro público	ISAPRE	Seguro público	ISAPRE	Seguro público	ISAPRE
0 - 20	93	7	82	18	69	31	51	49	30	70
21 - 50	92	8	82	18	69	31	53	47	34	66
51 - 64	97	3	94	6	88	12	81	19	51	49
65 +	99	1	98	2	97	3	94	6	77	23
Total	93	7	84	16	74	26	60	40	39	61

Fuente: Larrañaga (1996).

3. Competencia y diferenciación de planes en el mercado de ISAPRE

En esta sección se examina si el sistema de seguros de salud chileno ha evolucionado, a modo de preservar o reforzar las estructuras competitivas para de esa forma ir aumentando su capacidad de servir a los consumidores, o si, por el contrario, se ha segmentado y se ha hecho menos competitivo.

3.1 Estructura horizontal en seguros

El peligro de colusión o actuación monopólica en los seguros privados de salud es crítico, dado que la afiliación (consumo) es obligatoria y que el sistema público ofrece un producto estándar orientado sólo a los sectores de menores ingresos. Sin embargo, los antecedentes disponibles apuntan en sentido contrario a la colusión: el número y la concentración de los aseguradores han aumentado en el tiempo, el grado de concentración ha caído y no han existido denuncias a las comisiones antimonopolios sobre prácticas colusivas por parte de las instituciones del sector (cuadro 4).

No obstante lo anterior, la utilidad sobre el patrimonio de las ISAPRE ha sido superior al 20% en la historia del sistema y en 1995 era de 23%. Ello ha sido un argumento para que algunos analistas sostengan que el sistema estaría operando globalmente de forma monopólica. Esta línea de argumentación, sin embargo, es errónea. En efecto, las ISAPRE son empresas en las cuales el conocimiento y el capital humano constituyen activos de gran importancia, no así los activos físicos y por ende, la rentabilidad sobre activos o patrimonio no es un indicador de verdadera rentabilidad. En igual línea de argumentación, en una industria como la analizada, donde la innovación y el riesgo son sustanciales la estimación de retornos suele estar distorsionada por medidas tan simples como la utilidad sobre el patrimonio. Tampoco es compatible con un modelo tradicional de colusión el hecho de que la varianza de retornos sea elevada entre las ISAPRE, incluso en casos con retornos negativos.

A nivel estadístico una estimación con datos de los últimos cinco años del sistema de ISAPRE indica que es la antigüedad de la ISAPRE la única variable que da cuenta de la rentabilidad sobre activos.¹¹ Ni el

¹¹ La regresión, estimada por Mínimos Cuadrados Ordinarios y que entregó una R^2 de 0,54, usó datos para todas las ISAPRE

número de cotizantes ni tampoco el ingreso medio de los cotizantes explica las diferencias de rentabilidad. Ello apoya la idea que no existen economías de escala significativas, lo que por lo demás es evidente al constatar la coexistencia de varios tamaños de ISAPRE. Por su parte, el ingreso medio de los cotizantes tampoco parece determinar la rentabilidad sobre activos físicos, lo que sugiere que si bien la selección de cartera hacia estratos jóvenes y de altos ingresos aumenta los ingresos de las ISAPRE, por cuanto estos individuos pueden pagar más e involucran menores costos, a ellos se les tiene que servir mejor. Así, el que sólo la antigüedad de la ISAPRE, posiblemente asociada al conocimiento y a los activos intangibles a los que hacíamos referencia, sea una variable significativa y económicamente relevante al determinar la rentabilidad sobre activos, parece confirmar la idea que una medida más adecuada de rentabilidad se requiere y que la rentabilidad sobre activos debiera en esta industria estar sobreestimando el verdadero retorno económico.

3.2 Diferenciación de planes

Diversos autores (Diamond, 1993; Fuchs, 1973) cuestionan las bondades de la asignación de recursos de mercado en el sistema de salud, dadas las dificultades que enfrentan los consumidores para realizar elecciones informadas y que sean conducentes a la optimación de su propio bienestar. Tal crítica ha sido dirigida en forma particular a la asimetría de información existente entre los prestadores de salud y los usuarios, pero también puede aplicarse en materia de seguros de salud.

El caso chileno ilustra adecuadamente las dificultades que tienen las personas al enfrentar la elección del seguro privado de salud. En efecto, el demandante se ve enfrentado a una gran heterogeneidad de planes de salud ofrecidos por las ISAPRE, sin contar con la información necesaria para realizar una adecuada discriminación entre los mismos. Y aunque así fuese, no es claro que tal variedad de planes sea fuente de las mayores ganancias de bienestar que generalmente se asocian al disponer de un espectro más amplio de alternativas de elección.

En 1995 existían alrededor de 8.800 planes diversos de seguros de salud ofrecidos por las ISAPRE. Tal variedad responde en parte a la diversidad de “precios” existentes, determinados exógenamente por la cotización obligatoria del 7% del ingreso. Como fuera descrito, el mercado genera una variedad continua de planes de seguro para responder a la oferta análoga de primas originadas en la citada estructura de financiamiento. Sin embargo, el mercado de ISAPRE ofrece dentro de cada categoría de ingreso una gama de planes alternativos de dudosa utilidad. Así, por ejemplo, los porcentajes de reembolso para el tratamiento del infarto del miocardio presentan gran heterogeneidad en una muestra de los planes de seguros máximo y mínimo de distintas ISAPRE (Valdés et al., 1996). La citada varianza no responde a una racionalidad de eficiencia. A este respecto es preciso distinguir las necesidades de salud de las preferencias en materia de aversión al riesgo, hotelería y otras características de índole general. A tal respecto puede haber ganancias de bienestar cuando la diversidad de los planes de seguro cubre una mayor gama de preferencias sobre esos aspectos. En cambio, cuando los planes se diferencian según el tipo de prestaciones cubiertas, se introduce un factor de incertidumbre, que además puede inducir la selección adversa por parte de los demandantes.

Las dificultades informacionales que caracterizarían el mercado de seguros de las ISAPRE se amplifican al considerarse que cada institución funciona con una estructura específica de aranceles, sobre los cuales se determinan los copagos de las prestaciones. Un sistema de aranceles puede abarcar a varios miles de tarifas que varían según el tipo de prestación y que pueden ser consultadas por el usuario sólo en la planta física de la ISAPRE. Se comprenderá que bajo tales condiciones resulta cercano a imposible realizar una evaluación racional de la conveniencia de optar entre uno u otro seguro de salud.

entre los años 1990 y 1995 y entregó como resultado: Utilidad/Activos = $-33,1 + 1,47 \text{ E-05 Número de cotizantes} - 0,0003 \text{ ingreso medio} + 3,65 * \text{años}$ (*significativo al 1%).

Cuadro 4
Número y concentración de ISAPRE

Año	Número de ISAPRE			Concentración y rentabilidad		
	Abiertas	Cerradas	Total	C2	C5	Utilidad/Patrimonio
1981	6	0	6	90	99	
1985	10	7	17	34	69	22,8
1988	20	11	31	37	70	17,3
1990	21	14	35	36	68	26,8
1993	21	14	35	36	73	24,3
1995	21	14	35	39	74	23,0

Fuente: Superintendencia de ISAPRE.

4. Integración vertical en seguros

Uno de los temas más debatidos en materia de desempeño industrial es el de las prácticas y conductas de control e integración vertical. El debate en esta materia ha sido de particular relevancia en las industrias de servicios de utilidad pública que poseen características de monopolio natural: electricidad, gas, telecomunicaciones y agua, siendo también pertinente en industrias como la aeronáutica y la salud.¹²

Al respecto, el tema de la integración vertical tiene como referencia obligada la teoría de Coase (1939) sobre el origen y la naturaleza de la firma. Este análisis ya clásico de la firma valora muy positivamente los procesos de integración vertical. En términos simples, el análisis establece que en determinadas circunstancias el uso del mercado como asignador de recursos puede ser costoso, de manera que puede ser conveniente sustituirlo por un mecanismo o institución más eficiente. Este es el caso de la integración vertical que evita incurrir en los costos de usar el mercado.

Evidentemente las firmas no siempre se integrarán y no existe una regla operativa que señale en qué caso es más eficiente la integración vertical. Los contratos completos son un sustituto de la integración y se escribirán cuando haya factibilidad de escribirlos. Por otra parte, la confianza entre quienes transan, lo repetitivo de las negociaciones y la capacidad de cambiarse de oferentes, son algunos de los muchos factores que inciden en tal decisión. De cualquier modo, la integración vertical es una manera de evitar costos y por ende constituye una alternativa, muchas veces la más eficiente, de organización.

En términos específicos del mercado de salud y de su relación con la integración vertical, la provisión de seguros conlleva varios problemas de eficiencia asociados a la falta de capacidad de las empresas de seguros de controlar actividades producto de las asimetrías en la información (e.g., los asegurados conocen más de su condición de salud que la ISAPRE) y de la sobreutilización de los servicios de salud (e.g., las personas aseguradas enfrentan un precio más bajo por estos servicios). Por su parte, la provisión de los servicios de salud requiere distintas inversiones en términos de su especificidad, y por ende los inversores también están expuestos a grados de expropiación diferentes y requieren entonces distintos grados de monitoreo. Así, en ambos niveles existen problemas de agencia que pueden reducirse a través de la integración vertical.

4.1 Problemas potencialmente abordables a través de la integración

Con el objeto de evaluar el papel de la integración vertical, a continuación se señalan los principales

¹² Para una discusión tanto conceptual como práctica del problema de la integración vertical en Chile, véase Paredes Molina (1997).

problemas específicos del sector, que de alguna manera pueden ser resueltos por la integración vertical de algún tipo.

a) *Información asimétrica cotizante-ISAPRE: el papel de los planes (ISAPRE) cerrados.*

Un primer problema que es característico en la industria de seguros es el de la información asimétrica entre la ISAPRE y el cotizante. El cotizante puede conocer su riesgo mejor que la ISAPRE y puede, en alguna medida, ocultarlo y no observar todos los cuidados que sería eficiente tomar (ello es lo que predice la condición de *moral hazard*). Por otra parte, la ISAPRE puede estar en mejores condiciones que el afiliado de conocer ciertos aspectos del riesgo global de la población y su evolución, de los procedimientos y de los planes alternativos.

En un mercado de seguros voluntarios el primer problema de información asimétrica tiene como resultado la selección adversa, es decir, la tendencia a que sólo sean las personas de alto riesgo las que finalmente se aseguren. El segundo problema de asimetría de información da lugar a la selección de riesgos, en la cual los oferentes tratan de escoger a las personas de menor riesgo a la vez que realizan prácticas de discriminación contra los riesgos más elevados de salud.

En Chile la afiliación a los seguros de salud es obligatoria y las ISAPRE no pueden excluir de su cartera a aquellas personas que representen gastos más altos por el cuidado de la salud. Sin embargo, la existencia de un seguro público con características de sistema solidario introduce en la industria las prácticas de selección adversa y de riesgo. Como fuera ya descrito, el sector privado tiende a concentrar a las personas más saludables, mientras que el sector público asume el papel de “último financista” para los casos de mayor riesgo y menos capacidad de pago. Asimismo, el sector privado puede inducir la desafiliación de los individuos de mayor riesgo a través de la práctica de incrementar el costo del plan de salud (después de ofrecer un plan alternativo al resto de la cartera).

Evidentemente se pueden promover soluciones por la vía de regulaciones que restringen la desafiliación. Sin embargo, este tipo de regulación se ha evitado, puesto que genera costos al reducir la competencia y la movilidad de los asegurados entre diferentes oferentes. Por su parte, se observan soluciones privadas que en alguna medida constituyen un tipo de integración y que permiten la diversificación de riesgos entre usuarios. En efecto, ello ocurre con la venta de planes cerrados a grupos de personas, bien sea a través de las llamadas ISAPRE cerradas, o a través de la venta de convenios colectivos por parte de las ISAPRE abiertas a sindicatos, empresas y otras agrupaciones de trabajadores.

Los planes colectivos y las prácticas de autoseguro permiten la diversificación en la toma del seguro y reducen los problemas asociados con la información asimétrica. No obstante, como la desafiliación voluntaria es un derecho inalienable, el funcionamiento de este sistema debe implicar un beneficio si se permanece en el plan. Por tal motivo, los planes colectivos incluyen beneficios diferenciados para personas de diferente nivel de ingreso (gerentes frente a administradores, empleados frente a obreros, etc.)

b) *Sobreconsumo por demanda inducida: el papel de la integración vertical*

Una de las características más destacadas del sector de la salud es el hecho que el paciente (consumidor) no es quien determina su demanda, sino que los médicos, en gran medida, la determinan por él (Poterba, 1994 y Musgrove, 1996). Cuando los esquemas de pagos a los proveedores son del tipo de facturación por servicio prestado (*fee for service*), el prestador actúa libre de riesgo financiero, que es absorbido completamente por los demandantes (por mediación de las compañías de seguros de salud). Por tal motivo el prestador no tendrá incentivos para contener los costos del sistema, sino más bien lo contrario. Es probable que los costos aumenten como contrapartida del logro de objetivos cuyos beneficios pueden ser internalizados por el prestador, como los de reducir a un mínimo el riesgo de las intervenciones de salud, satisfacer al consumidor en presencia de un tercer pagador y utilizar nuevas tecnologías sin mayor

preocupación por su costo-efectividad.

Por las razones citadas, el pago retrospectivo por servicios prestados es una modalidad raramente utilizada por los sistemas de salud. En cambio, los sistemas que traspasan parte del riesgo al proveedor¹³ pagos prospectivos per cápita, pagos asociados a diagnósticos, presupuestos globales y otros¹⁴ son preferidos en la medida en que permiten administrar el objetivo de contención de costos. En el caso del sistema de pago retrospectivo por atenciones, el objetivo de contención de costos queda circunscrito a la esfera de los instrumentos de demanda (copagos y similares), lo cual puede restringir excesivamente el acceso a la salud y atentar contra el objetivo de seguridad que los sistemas de salud deben proveer a sus poblaciones usuarias (Ellis y Mc Guire, 1993).

De esta manera, un esquema que atenúa el problema descrito es la integración entre la ISAPRE y el proveedor del servicio. Así, la integración entre el médico y la ISAPRE debiera reducir el costo de los servicios médicos incurridos en el sistema de salud. Un área de especial relevancia está constituida por el otorgamiento de licencias médicas por enfermedad temporal del trabajador. Ellas dan lugar a un pago equivalente al salario del trabajador (hasta determinado tope) y que sustituye al pago regular que efectúa la empresa en el período que dure la enfermedad. El problema es que tanto oferentes (médicos) como demandantes (trabajadores) de las licencias no asumen el costo de la mismas, las cuales son de cargo de la entidad aseguradora. En este sentido, la integración entre la ISAPRE y los médicos debiera atenuar el problema de externalidad o agencia que surge en esta relación, además de facilitar la labor de monitoreo.

4.2 Caracterización de las ISAPRE

En el sistema chileno de seguros de salud privado existen diversas formas de organización industrial. En primer lugar está la citada división entre ISAPRE abiertas y cerradas. Por otra parte, aparecen distintas formas de integración. Para este análisis se construyó una tipología que agrupa a los distintos agentes de acuerdo a su propiedad y grado de integración vertical. Aquí se identificaron dos tipos de ISAPRE: las que han adquirido o desarrollado infraestructura de atención ambulatoria, y que denominamos “ambulatorias”,¹³ y las que han adquirido o desarrollado infraestructura hospitalaria y que denominamos “hospitalarias”. Estas últimas son dueñas de o están asociadas con clínicas y hospitales de complejidad secundaria y terciaria y, aun cuando diseñan planes especiales, están abiertas a la demanda de cualquier persona.¹⁴ Se espera que las distintas relaciones de agencia sean abordadas de forma específica por cada tipo de organización y que prevalezcan en el tiempo las más eficientes.

El análisis siguiente sobre estructura y desempeño en la industria de seguros de salud está sujeto a ciertas calificaciones. En primer término, no se dispone de información sobre la cobertura que cada ISAPRE posee en materia de convenios colectivos, lo cual restringe el análisis que se puede efectuar en materia de estructura y desempeño. Segundo, el nivel de beneficios otorgados por las ISAPRE cerradas está sujeto a consideraciones propias de la negociación laboral y a otras formas de relación entre los trabajadores y la empresa. En tercer lugar, las ISAPRE pueden estar orientadas a distintos segmentos del mercado. Como la cotización para la salud está en función de la remuneración obtenida, el nivel de gasto promedio variará según la cartera de clientes de la ISAPRE. En tal sentido, es más importante estudiar la evolución de las cifras de ingresos y gastos que su nivel.¹⁵

¹³ El fenómeno de integración a la etapa ambulatoria se ha manifestado con especial fuerza desde 1987-1988. Las precursoras de este tipo de integración fueron las ISAPRE Consalud, Promepart y Compensación, que de esta forma se asemejan bastante a las HMO norteamericanas.

¹⁴ Clasificaciones más detalladas no entregaron resultados de mayor interés.

¹⁵ La relativización de las cifras de gasto de acuerdo al ingreso promedio del cotizante de cada ISAPRE no altera las

4.3 Desempeño según grados de integración vertical

a) Evaluación de la presión competitiva sobre costos

Una primera hipótesis a explorar es que la presión competitiva induciría a los distintos agentes a mejorar el servicio a los usuarios y a reducir los costos en cada organización. Por ello, y sobre la base de que las ISAPRE abiertas estarían sustancialmente más expuestas a la competencia que las cerradas, un alto nivel de servicios ofrecidos y la contención de costos serían resultados más probables en las ISAPRE abiertas que en las cerradas.

Distintos indicadores de servicios y gestión fueron usados para verificar el efecto de la presión competitiva en el mercado. Sin embargo, la consistencia de los distintos indicadores de servicio y eficiencia es más pertinente que el comportamiento de algún indicador específico.

i) Costos: gastos por beneficiario y costos de administración y ventas

Gastos por beneficiario. Uno de los problemas más típicos que han experimentado los sistemas de salud en los países de mayor desarrollo económico durante los últimos años ha sido la explosión de gastos por beneficiario, factor determinante de los costos del sistema (Hoffmeyer y McCarthy, 1994). Tal fenómeno ha sido especialmente agudo en Estados Unidos, donde a juicio de los especialistas la modalidad de seguros privados habría sido un factor agravante de la citada explosión de gastos (Weisbrod, 1991).

) Ocurre algo similar en el caso de Chile, dada la importancia relativa que tienen los seguros privados en el financiamiento del sector? La información disponible permite una respuesta de carácter parcial, puesto que no se dispone de datos sobre los copagos efectuados directamente a los proveedores de salud. De esta manera, las cifras de ingreso incluyen la cotización obligatoria del 7% y la adicional, que es de carácter voluntario. La suma de estos ingresos determina el nivel de gastos efectuados por las ISAPRE, pero excluyen el citado elemento de copago.

El gasto por beneficiario en el sector privado aumentó en 14,3% en el período de 1984-1994, el cual se divide en una tasa de crecimiento de 65% para las ISAPRE cerradas y la práctica mantención del gasto en el sector de ISAPRE abiertas (cuadro 5). Ello sugeriría que el sistema privado contiene costos de forma muy diferente, según el grado de competencia al que se enfrenta. De hecho, el explosivo aumento del gasto en el sistema cerrado llevó a que en 1994 el costo medio en atención de salud fuera más del doble que en las ISAPRE abiertas.

No obstante, el gasto por beneficiario es sólo un reflejo del costo de la salud, que puede aumentar por una variedad de razones diversas: problemas de eficiencia, mayores costos de los insumos, incrementos en la demanda, etc. En tal sentido, un mejor indicador para medir eficiencia es el gasto en administración y ventas.

Gastos en administración y ventas. La eficiencia productiva puede ser mucho más fielmente reflejada en el gasto en administración y ventas por beneficiario. Como se aprecia en el cuadro 5, este indicador muestra una caída bastante sistemática e importante (30%) para el conjunto de las ISAPRE durante el período de 1984-1994. Ello está relacionado con la presión de contención de costos y con el hecho de que en el inicio del sistema las ISAPRE realizaron esfuerzos importantes para tomar posición en el mercado.

Nuevamente destaca la gran diferencia que se aprecia en la evolución de los indicadores entre las ISAPRE abiertas y las cerradas. Así, hacia 1994 los costos de administración y ventas por beneficiario eran

conclusiones que se establecen en el resto de la sección.

sustancialmente mayores en las ISAPRE cerradas. Si se considera que estas últimas no poseen gastos sustantivos de ventas, puesto que se orientan al mercado interno de las firmas, se desprende que los gastos de administración son fuertemente influenciados por la presión competitiva que enfrentan las ISAPRE abiertas (así como por su carencia en las cerradas).

Cuadro 5
Gastos de las ISAPRE (por beneficiarios)
Miles de US\$ de 1995

	Gastos médicos			Gastos en administración y ventas		
	1985	1990	1994	1985	1990	1994
ISAPRE abiertas	131,4	138,2	150,3	73,2	51,9	48,6
Ambulatorias	70,9	108,2	119,2	45,0	41,2	40,0
Hospitalarias	195,7	169,6	199,9	82,4	55,7	54,0
ISAPRE cerradas	166,9	257,4	314,3	33,5	77,1	98,4
Total	139,4	150,3	159,2	64,0	54,6	51,3

Fuente: Sobre la base de estadísticas de la Superintendencia de ISAPRE.

Respecto del impacto de la integración vertical sobre el gasto del sistema se dispone de información parcial pero que respalda la hipótesis avanzada. Hay evidencia de una relación con el gasto en licencias médicas, que ascendió a un 14,2% del total de los ingresos del sistema ISAPRE en 1993.¹⁶

La ISAPRE Consalud es la más importante de las denominadas “ambulatorias”. Esta ISAPRE ofrece atención institucional en establecimientos propios, en los cuales la remuneración del médico está vinculada al resultado operacional del centro de salud donde trabaja. De esta forma, el médico internaliza los costos que para la ISAPRE tiene la eventual sobreutilización de licencias (y de otros costos). Sintomáticamente, la duración promedio en 1993 de la licencia expedida en esta modalidad de atención fue un 38% menor que la otorgada en la modalidad de libre elección de la misma ISAPRE (6,62 frente a 9,13 días), avalando la hipótesis sobre el impacto de la estructura de incentivos sobre los costos del sistema.

La hipótesis más general sobre los problemas de *moral hazard* asociados a los seguros de salud se ve también refrendada en el caso de las licencias médicas de las personas de altos ingresos. En efecto, estas personas experimentan una pérdida de ingresos al hacer uso de una licencia médica debido a la presencia de un techo en el subsidio.¹⁷ Una regresión econométrica para el conjunto de ISAPRE abiertas entre el gasto por cotizante en licencias médicas y el ingreso promedio del cotizante entrega una relación de tipo cuadrática. Esto es, el gasto en licencias médicas crece a tasas que se reducen con el nivel de ingreso del cotizante, lo cual comprueba la relevancia de los incentivos en la estructura de gastos del sistema.

ii) Derivación y sobreconsumo

Las derivaciones y el sobreconsumo pueden ser entre las principales fuentes de costo del sistema de salud. Sin embargo, su análisis se dificulta por la carencia de información directa (no es raro que no esté

¹⁶ Esta información proviene de Larrañaga (1995).

¹⁷ Este es el ingreso máximo imponible (US\$1.800 mensuales aproximadamente).

disponible), lo cual sugiere el uso de indicadores indirectos.

Las prestaciones de laboratorio clínico y de imagenología (e.g., *scanners*, rayos X, y ecografías) proveen evidencia indirecta de la existencia de problemas en la materia, puesto que son particularmente sensibles a la eficiencia del proceso de derivación y contraderivación. Del cuadro 6 se aprecia que en el caso de laboratorios clínicos, la frecuencia de uso en el caso de las ISAPRE cerradas aumentó un 65% en el período, con lo que duplica a las ISAPRE abiertas en 1994.¹⁸

Visto en conjunto, en las ISAPRE cerradas el aumento en el gasto por beneficiario es mayor que el aumento en la frecuencia de uso por beneficiario, lo que implica que el valor promedio de las prestaciones aumentó. Como en las ISAPRE abiertas ha permanecido prácticamente constante, se desprende que la mayor contención de costos allí ocurrida es aplicable tanto al número de prestaciones como al costo por atención.

b) *Los servicios: rendimiento de las cotizaciones y preferencias reveladas*

i) *Rendimiento de las cotizaciones*

El incremento de la eficiencia administrativa es una fuerza que debe estar detrás de la presión competitiva. Sin embargo, esta presión se ejerce fundamentalmente en la demanda por mejores servicios. Un buen indicador de servicio es el rendimiento de las cotizaciones, que se define como el porcentaje de los ingresos totales (cotización legal más cotizaciones adicionales) destinado a financiar beneficios de salud. Mayor rendimiento significa, entonces, que una mayor parte del aporte del cotizante se le devuelve a través de servicios y que una fracción más pequeña va a financiar gastos de administración y ventas o se destina a utilidades.

Al respecto, se verifica cierto aumento en el rendimiento de las cotizaciones, que subió de 71% en 1985 a casi 75% en 1994 (véase cuadro 7). Nuevamente aparece una clara diferenciación entre las ISAPRE. Mientras que las ISAPRE abiertas aumentan el rendimiento en casi 10 puntos, las ISAPRE cerradas disminuyen el suyo. Ello indica entonces que la contención de costos en las ISAPRE abiertas se ha asociado con mayores beneficios a los usuarios, fenómeno que no se aprecia en el caso de las ISAPRE cerradas.

En cuanto a la caracterización más detallada entre ISAPRE integradas y no integradas, no se aprecian diferencias de importancia. Si algo ha habido, ha sido una convergencia entre distintos tipos de ISAPRE en cuanto al rendimiento.¹⁹

Cuadro 6
Prestaciones de salud: uso anual por 1000 afiliados

Prestación	Año	Sistema estatal	ISAPRE abiertas	ISAPRE cerradas
Consultas médicas	1986	2.486,9	3.948,8	5.695,8
	1990	2.603,2	3.460,4	4.507,6
	1994	2.893,3	3.259,0	5.562,8
Laboratorio clínico	1986	1.781,0	3.024,4	2.957,5
	1990	2.248,8	2.376,0	4.298,8
	1994	3.220,0	2.509,3	4.886,7
Imagenología	1986	168,4	1.028,2	682,1

¹⁸ Cabe señalar que en 1994 el sistema estatal había alcanzado o superado al sector de ISAPRE abiertas en la frecuencia de estas prestaciones, cuya tasa de utilización aquí depende del modelo subyacente que determina contratos menos eficientes en el sector público.

¹⁹ Estos resultados son robustos cuando corregimos esos valores por los ingresos medios por beneficiario, que están en proporción con los aportes y por lo tanto con las exigencias.

	1990	262,5	557,1	783,9
	1994	420,0	566,8	968,6
Intervenciones Quirúrgicas	1986	91,1	n.d.	n.d.
	1990	105,3	54,6	89,2
	1994	95,6	65,9	175,7
Partos por cesárea*	1986	5,9	18,8	3,2
	1990	7,2	15,1	7,2
	1994	7,1	13,9	11,0
Partos vaginales*	1986	17,4	15,0	4,6
	1990	19,3	14,0	45,2
	1994	16,2	9,6	8,3

Fuente: Ministerio de Salud.

* No se pudo controlar por sexo de los afiliados y ello hace que el indicador de partos sea un poco menos confiable. Esto es particularmente importante en el caso de las ISAPRE cerradas, que están asociadas preferentemente al sector minero.

ii) Preferencias reveladas: afiliación, cotizaciones adicionales y reclamos

Aun cuando es clara la mayor afiliación que ha experimentado el sistema privado en los últimos años, estudios sobre *Apreferencias declaradas* indican que en ese sector la insatisfacción es relativamente grande.²⁰ Estos estudios, sin embargo, no necesariamente reflejan la verdadera disposición a pagar y, por ende, satisfacción. Por ello, son más confiables y apropiados los indicadores de preferencias reveladas. Son tres de ellos los que nos parecen más interesantes:

Afiliación. Como se destacó, la afiliación al sistema privado ha sido muy alta y persistente, a pesar de la reducción en la brecha de gasto por beneficiario entre el sistema privado y público que se ha producido en los últimos años. De las ISAPRE abiertas, las integradas a la infraestructura ambulatoria y, en menor medida, las integradas a la infraestructura hospitalaria son las que más amplían su afiliación. Ello reflejaría el éxito de tales esquemas para atraer a una mayor fracción de la demanda en un mercado altamente competitivo (véase cuadro 7).

Las ISAPRE cerradas aumentan sólo en menor grado su cobertura, lo que sugiere que su subsistencia tendría que ver con la negociación de planes de salud en el contexto de la negociación colectiva y de los *Aderechos adquiridos*. Así, a pesar de no resultar eficientes, pueden tender a durar sin mostrar predominio en el mercado.²¹

Aportes adicionales. Los aportes adicionales a la cotización legal constituyen un mejor indicador de preferencias en el caso de las ISAPRE abiertas que en el de las cerradas. En las primeras son principalmente cotizaciones adicionales voluntarias, que reflejan disposición a pagar, mientras que en las segundas son aportes del empleador y resultado de negociaciones sindicales y laborales.

La magnitud de los aportes adicionales efectuados por los empleadores es significativa, puesto que en 1994 tales aportes reportaban una tasa, en relación a los ingresos totales, de 38% en las ISAPRE cerradas frente a 16,7% en las abiertas (véase cuadro 7). En ambos casos representan un aumento importante en

²⁰ Véase CEP (1993).

²¹ Recuérdese que estas ISAPRE cuentan con un financiamiento adicional que es provisto por la empresa.

relación con los niveles prevalecientes en 1985, lo cual podría ser indicativo de presiones de costos o de una elevada elasticidad ingreso de la demanda por seguros de salud.

Reclamos ante la Superintendencia. Este indicador, calculado por número de afiliados y por período, está disponible a partir de 1991. Su evolución muestra que, mientras que en 1991 hubo 1.475 consultas y reclamos, en 1994 ellos llegaron a 11.720. En 1994 los reclamos del conjunto de ISAPRE abiertas fueron de 127,7 (por millón de beneficiarios). Estos fueron de 43,8 por millón en el caso de las ISAPRE integradas a infraestructura ambulatoria, que fueron las que menos reclamos reportaron. Ello puede estar reflejando tanto la mayor satisfacción de los usuarios, como un papel menos asertivo de los mismos (que representan a sectores de menores ingresos en el sistema de ISAPRE).

5. La estructura del mercado de fármacos

Si bien es cierto que el análisis de la estructura de financiamiento en el sector de la salud es en la actualidad el más relevante en Chile, la estructura organizacional a otros niveles de la cadena insumo-producto es también fundamental para determinar el desempeño. Dos son los niveles que pueden ser críticos, pues pueden constituir focos de poderes no susceptibles de ser limitados a través de una mayor competencia; estos son la estructura de los médicos y la provisión y distribución de fármacos.

Cuadro 7
Indicadores de servicios en las ISAPRE

	% de rendimiento de las cotizaciones			% de cotizaciones adicionales			Afiliación (miles)		
	1985	1990	1994	1985	1990	1994	1985	1990	1994
ISAPRE abiertas	65,9	70,4	74,0	11,5	12,5	16,7	417,7	1.878,2	3.468,2
Ambulatorias	65,1	71,8	72,9	14,3	8,3	9,4	193,6	883,8	1.482,6
Hospitalarias	75,4	71,0	75,6	6,7	15,8	23,9	90,1	421,5	746,0
ISAPRE cerradas	89,2	81,5	80,3	32,1	36,0	38,3	119,0	208,0	190,5
Total	71,1	72,2	74,6	16,1	16,0	18,9	536,7	2.086,3	3.658,8

Fuente: Superintendencia de ISAPRE.

5.1 Los fármacos

El análisis de la estructura del mercado farmacéutico es el segundo eslabón más crítico y puede dar luces sobre variables como precios y disponibilidad de medicamentos. Especialmente pertinente es el análisis de la evolución de la estructura de este nivel en torno al año 1990, pues es el año que se modificó la legislación de patentes, permitiéndose patentar remedios. De tal hecho surge naturalmente la hipótesis, ampliamente divulgada, que a partir de ese año el mercado se habría tornado más concentrado y menos competitivo. Concretamente, la hipótesis que debemos verificar es que se habría producido una tendencia hacia la concentración en el mercado y, de ser el caso, el mercado de los fármacos mostraría la tendencia a una mayor colusión. A su vez, la existencia de colusión en esta etapa incrementaría los costos de la salud, particularmente en el sector privado, que no cuenta con un poder comprador que balancee el poder con los oferentes. Dos son los niveles que se analizan: la producción mayorista vista a través de los laboratorios y la distribución minorista, vista a través de las farmacias.

a) *Los laboratorios*

Las transacciones en el mercado farmacéutico se estiman en cerca de US\$600 millones, lo que representa alrededor del 1,3% del producto interno bruto de Chile. El 63% es comercializado por los laboratorios y el 37% por el mercado institucional (el sector público a través de la Estatal Central de Abastecimiento, Hospitales y Clínicas).

En los últimos 30 años, el número de laboratorios registrados ha venido incrementándose de forma progresiva. Así, de 64 en 1979 y 82 en 1990, su número subió a 97 en 1994. Por su parte, la participación en las ventas totales que tenían los laboratorios nacionales aumentó de un 17,1% en el trienio de 1967-1969 a un 31,4% en el trienio de 1982-1984 y a un 54,4% en el trienio de 1990-1993.

En cuanto a la evolución del volumen comercializado por los laboratorios, el crecimiento anual en unidades fue de un 3,5% en el período de 1977-1993. A partir de 1985, el crecimiento promedio de colocación de unidades ha sido más vigoroso, pues ha alcanzado el 6,8% anual. Por su parte, las ventas, expresadas en moneda nacional, han experimentado un crecimiento real de 7,5% y 10% en los mismos períodos indicados.

Una de las preocupaciones que despiertan las cifras señaladas es que a pesar del mayor número de laboratorios, los precios medios (ventas/unidades) han experimentado un incremento que ha subido de 3,4% anual en el período de 1985-1993, a 7,8% anual entre 1990 y 1993. Si bien este indicador puede haber ocasionado las sugerencias sobre la menor competitividad del sector, el mismo es altamente vulnerable a críticas sobre su relevancia, pues se ve influenciado por las mejoras de calidad, la sustitución y la incorporación de productos patentados. Consecuentemente, se precisa analizarlo a la luz de la evolución de otros elementos de estructura para así, en conjunto, determinar cuan consistente es.

Diversos estudios realizados para la industria farmacéutica chilena analizan su concentración.²² De ellos se puede deducir que la concentración global a nivel de laboratorios no es más alta que el promedio de otras industrias y que el grado de concentración, para un mercado como el chileno, es relativamente bajo comparado, por ejemplo, con Argentina y Brasil. También se desprende que un análisis adecuado del problema de la concentración requiere descomponer el mercado en categorías terapéuticas. Finalmente, y más significativo, la concentración a nivel de categorías terapéuticas no ha aumentado en el tiempo.

En el cuadro 8 se presenta la evolución de los índices de concentración de ventas C5 y C10, que muestran el porcentaje de ventas atribuible a los cinco y diez mayores participantes de la industria. Como se puede apreciar, tanto para el mercado global como para los submercados ético (que requieren receta médica) y popular (que no requieren receta médica), los grados de concentración de las ventas C5 y C10 no son muy altos ni han aumentado en el tiempo. Más aún, el ranking de empresas, señala que cada una de las empresas más importantes tiene una participación relativamente pequeña y que este ranking ha estado variando significativamente en el tiempo (Paredes Molina y Vatter, 1996). Así, por ejemplo, mientras que en el trienio de 1967-1969 Syney-Ross era el primero y Recalcine era el quinto en importancia, en el trienio de 1991-1993 Syney-Ross había desaparecido y Recalcine era segundo. Por otra parte, entre los trienios de 1982-1984 y 1991-1993, entran tres nuevas empresas al grupo de las diez más importantes y la participación del Laboratorio Chile disminuye del 12,2% al 10,4%. Ello sugiere que ha existido bastante movilidad, como es característico de industrias sujetas a procesos competitivos fuertes.

Por su parte, los índices de concentración a nivel de categoría terapéutica han caído. Así, mientras que en 1984 el promedio de la C5 para las distintas categorías terapéuticas era de 68,5%, en 1993 dicho promedio era de 63%. Del mismo modo, los números respectivos para la C10 eran de 8,2% y 83,1%.

Un análisis a nivel de subcategoría terapéutica puede fundamentarse en que no todos los productos

²² Por ejemplo, Gómez y Jofre (1987), Fraser y Olcese (1988), y Paredes Molina y Vatter (1996).

pertenecientes a una misma categoría responden a la misma patología, por lo que podemos encontrar desde sustitutos muy cercanos hasta productos complementarios en su acción terapéutica. Este es el nivel que más interesa estudiar, pues en él se concentraría la mayoría de los productos que efectivamente son sustitutos para actuar contra un proceso patológico. Para un grupo de 31 subcategorías terapéuticas, seleccionadas de acuerdo a su importancia relativa para los años 1984, 1990 y 1993, nuevamente se verifica un patrón hacia la desconcentración del mercado (Paredes Molina y Vatter, 1996). Por último, la evolución de la concentración por principio activo, esto es, la parte que produce el efecto terapéutico, también ha decrecido. Así, se puede afirmar que la concentración no ha aumentado en los últimos diez años, cuando ocurre la introducción de patentes. Por el contrario, la concentración ha caído en relación con el nivel observado previo a la introducción de patentes en la industria y también al que observaba cuando Laboratorios Chile, el principal laboratorio que opera en el país, era de propiedad estatal. Consistente con lo anterior, sólo se ha conocido una denuncia a las Comisiones Antimonopolios que tenga relación con comportamientos colusivos en los laboratorios. No obstante, el caso, que involucró al Laboratorio Chile (actualmente privado) y a Recalcine, se caracterizó por los esfuerzos del resto de los laboratorios de no cumplir con el acuerdo y por lo tanto, de haber existido colusión, ella fue muy poco exitosa y autodestructiva.²³

b) Las farmacias

El otro eslabón de la cadena de fármacos es la distribución, en la cual se distingue un primer nivel que comprende el sector institucional y el sector farmacéutico minorista. El primero comprende las compras efectuadas por instituciones proveedoras de atenciones de salud, tanto privadas como públicas, que absorben alrededor del 21% de la oferta. El segundo comprende la cadena de distribución que conduce a la venta a los consumidores finales por parte de las farmacias pequeñas y en cadena y que absorben el restante 79%.

Dentro del sector institucional, la demanda del sector público, que está compuesta por las demandas directas de los servicios de salud y las efectuadas vía la Central de Abastecimientos, comprende algo más de dos tercios de este segmento, pero apenas un 14% del total de la oferta. El sector privado, compuesto por las clínicas y otros establecimientos de hospitalización, son el complemento, con un 6,5% de la oferta total.

En el sector farmacéutico, la demanda se fracciona en tres componentes: i) las farmacias medianas y pequeñas, que piden directamente a los laboratorios, con alrededor del 40% del sector; ii) las grandes cadenas de farmacias, con un 29% del sector y, iii) los distribuidores, que son intermediarios entre los laboratorios y las farmacias, con un 31% del sector. Estos últimos no tienen venta directa sino que venden a las grandes cadenas de farmacias y a las farmacias medianas y pequeñas.

Al igual que en el caso de los laboratorios, si bien en la distribución de medicamentos ha habido una continua pugna entre cadenas de farmacias, farmacias pequeñas y algunos laboratorios y es donde se concentra la mayor cantidad de denuncias ante las comisiones antimonopolios, tales denuncias más bien sugieren que hay gran competencia a nivel de distribución. En efecto, la mayoría de las denuncias dicen guardar relación con el hecho de que las cadenas de farmacia cobran muy poco y de que exigen grandes descuentos a los laboratorios. En ninguna denuncia se cuestiona si existe colusión entre cadenas ni nada que, en definitiva, atente contra el bienestar de los consumidores.

Cuadro 8
Concentración de las ventas de las cinco y diez empresas mayores

	Mercado ético		Mercado popular		Total	
	C5	C10	C5	C10	C5	C10

²³ Para mayor detalle, véase Paredes Molina (1996).

1982	30,3	46,1	79,7	95,4	28,2	43,1
1985	32,7	48,0	67,4	85,1	30,2	45,5
1988	30,7	46,4	70,5	88,4	28,7	44,0
1989	31,5	47,3	73,8	90,8	29,7	44,9
1990	29,9	44,6	77,2	93,2	27,8	42,1
1991	32,9	46,2	76,5	94,2	30,7	44,3
1992	33,4	46,3	75,5	94,5	31,2	44,5
1993	31,1	44,3	76,5	94,7	28,9	41,8

Fuente: IMS (1994).

*Mercado ético y popular, se refieren a medicamentos que requieren y no requieren receta médica.

6. Conclusiones.

Del análisis del sector de la salud en Chile hay varias lecciones que se pueden derivar. El sistema dual de salud vigente en el país conserva las fortalezas y problemas característicos de las modalidades pública y privada que lo componen. Así, el sector de ISAPRE está sujeto a los problemas usuales de los seguros individuales (selección de riesgos, cobertura de corto plazo, gastos elevados de administración y ventas, etc.), mientras que las deficiencias del sistema público se concentran en los problemas de atención a los demandantes típicos de los esquemas de organización burocráticos y financiados sobre la base de la oferta. No obstante, el sistema privado ha ido desarrollando estructuras que, aunque imperfectas, han mejorado su eficiencia en el tiempo, especialmente en relación con lo que entrega el sector estatal.

En efecto, aun cuando la obligación de cotizar un porcentaje fijo del ingreso hace previsible que, dada la calidad del paquete de salud del sector público, haya progresivamente una mayor afiliación al sector privado, el cambio de afiliados desde el sector público al privado ha superado largamente lo que se esperaría sobre la base del crecimiento del ingreso y de la población. Ello demuestra que el esquema de salud privado es una alternativa viable y sostenible para una creciente proporción de la población. No obstante, existe un espacio importante para mejorar la equidad dentro del sistema estatal y en el sistema de salud en su conjunto.

El análisis del sistema privado sugiere que las empresas del sector que han estado sometidas a los efectos disciplinarios de la competencia y del mercado han ido desarrollando mayor eficiencia administrativa y mejorando el servicio proporcionado a sus clientes en relación con las empresas del sector que no están sometidas a la competencia. Esto es especialmente interesante si se tiene en cuenta que una crítica al funcionamiento del sistema de salud en Chile y que también alcanza al sistema previsional, es que las empresas gastan excesivamente en captar clientes, lo que sería un juego de suma negativa (*zero-sum game*).

Por su parte, las distorsiones por problemas de información características del sector de la salud no invalidarían, a la luz de los resultados obtenidos, la eficiencia del uso del mercado. En otras palabras, a pesar de que la competencia impone costos de transacción, su efecto final sería benéfico puesto que disciplinaría la acción de las empresas y ayudaría a la contención de costos. No obstante lo anterior, es preciso señalar que el sector privado en Chile pudiera parecer exitoso en la contención de costos debido a la presencia del sector estatal, que absorbe a los individuos de mayor riesgo. Una conclusión definitiva requiere también contar con información sobre la evolución de los copagos.

La evidencia sugiere que las ISAPRE integradas hacia la producción son más eficientes que las no integradas. Particularmente, la integración hacia una infraestructura ambulatoria parece ser una forma eficiente de contener los costos por sobrederivación y, en particular, por el uso excesivo de licencias médicas.

Por otra parte, es preciso promover una mayor transparencia y dar más información a los usuarios. El

que exista una gran cantidad de planes de salud, que son difícilmente comparables, reduce las ventajas de la competencia. Así también, y a pesar de que el aumento del ingreso en el país implicará una cobertura creciente del servicio privado, se precisa aclarar el papel de último pagador que ha asumido el sector público en caso de los riesgos más elevados y las personas más pobres. De otra manera, el sistema perpetuará las características indeseables de selección adversa y de riesgo que hoy le caracterizan.

Finalmente, y aunque no constituye el centro del análisis, se han analizado la estructura y el desempeño en otro eslabón de la cadena de producción y distribución en el sector de la salud, que es el mercado de fármacos. En él no se percibe la existencia de comportamientos colusivos o monopólicos, ni hay indicios de barreras a la entrada que puedan constituir un cuello de botella para el desarrollo futuro del sistema.

Referencias

- Arrow, K. (1963) "Uncertainty and the welfare economics of medical care", *American Economic Review*, Vol. LII, No. 5, pp. 941-969.
- CEP (1993) "Estudio social y de opinión pública No. 20, julio 1993. Temas Especiales: percepciones y opiniones de la salud en Chile y la evaluación de la gestión del Presidente Aylwin, un modelo explicativo", Documento de Trabajo No. 200, agosto 1993, Centro de Estudios Públicos, Santiago, Chile.
- Cheyre, H. (1988) "La previsión en Chile, ayer y hoy", Centro de Estudios Públicos, Santiago, Chile.
- Coase, R. (1937) "The nature of the firm", *Economica*, 4, pp. 386-405.
- Diamond, P. (1994) "Privatization of social security: lessons from Chile", *Revista de Análisis Económico*, Vol. 9, No. 1, junio, pp. 1-43.
- Edwards, S. y A.C. Edwards (1987) *Monetarism and liberalization: the Chilean experience*, Harper and Row, Ballinger, Cambridge, MA.
- Ellis, R. y T. McGuire (1993) "Supply-side and demand-side cost sharing in health care", *Journal of Economic Perspectives*, Vol. 7, No. 4, pp. 135-151.
- Fisher, R. y J.C. Gutierrez (1992) "Análisis económico del rol de la superintendencia de ISAPRE", mimeo, Superintendencia de ISAPRE, Santiago, Chile.
- Fisher, R., Romaguera, P. y A. Mizala (1995) "Alternativas de solución para el financiamiento de la salud en la tercera edad en el sistema de ISAPRE", mimeo, Departamento de Ingeniería Industrial, Universidad de Chile, Santiago.
- Fraser, W. y R. Olcese (1988) "Análisis de la concentración en el mercado de la industria farmacéutica chilena", *Sinergia, estudios de administración, economía y ciencias de comportamiento humano*, Vol. 6, Universidad Católica de Valparaíso, pp. 1-34.
- Fuchs, V. y M. Kramer (1973) "Determinants of expenditures for physicians' services in the U.S.", NBER Occasional Paper No. 116.
- Gómez, A. y E. Jofre (1987) "Análisis estratégico de la industria farmacéutica y recomendaciones de política pública", Serie de Estudios CEPLA, septiembre, Departamento de Ingeniería Industrial, Universidad de Chile, Santiago.
- Hsiao, W. (1995) "Abnormal economics in the health sector", *Health Policy*, Vol. 32, pp. 125-139.
- Hoffmeyer, U. y T. McCarthy (1994) "Financing health care", Kluwer Academic, Dordrecht, Boston, London.

- Larrañaga, O. (1995) “Los sistemas de salud público y privado en Chile”, mimeo, Banco Interamericano de Desarrollo, Washington, D.C.
- Larrañaga, O. (1996) “El sistema de salud dual chileno”, mimeo, Universidad de Chile y Cepal, Santiago, Chile.
- Miranda, E., Scarpaci, J. e I. Irarrazaval (1995) “A decade of HMOs in Chile: market behavior, consumer choice and the state”, *Health and Place*, Vol. 1, No. 1, pp. 51-59.
- Miranda, E. y M. Vergara (1993) “Evolución y estructura del sector salud en Chile”, Cuadernos Técnicos 36, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C.
- Musgrove, P. (1996) “Public and private roles in health: theory and financing patterns”, mimeo, The World Bank, Human Development Department, Washington, D.C.
- Oyarzo, C. (1991) “Análisis crítico de las transformaciones financieras del sector salud en la década de los 80: y propuesta para una reforma”, *Sistemas de salud en transición a la democracia*, J. Jiménez, ed., Ministerio de Salud de Chile, pp. 23-42.
- Oyarzo, C. (1992) “Financiamiento del sector de salud en una situación de crisis: el caso chileno”, Serie de Investigación, I-58. ILADES/Georgetown University, noviembre, Programa Post-Grado de Economía, Santiago, Chile.
- Paredes Molina, R. D. (1996) “Autonomía de las instituciones antimonopolio en Chile”, mimeo, Departamento de Economía, Universidad de Chile.
- Paredes Molina, R. D. (1997) “Integración vertical: teoría e implicancias de política pública”, *Estudios Públicos*, verano, Centro de Estudios Públicos, Santiago, Chile, pp. 189-214.
- Paredes Molina, R.D. y J. Vatter (1996) “Patentes, NAFTA y el mercado farmacéutico en Chile”, mimeo, Ministerio de Relaciones Exteriores, Santiago, Chile.
- Pauly, M. (1968). “The economics of moral hazard: comments”, *American Economic Review*, Vol. 58, No. 3, pp. 312-315.
- Poterba, J. (1994) “Government intervention in the markets for education and health care: how and why”, Documento de trabajo No. 4916, NBER, Cambridge, MA.
- Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional (1994) “Factores que inciden en la rentabilidad de las ISAPRE abiertas”, *Estudios de Circulación Interna*, julio, pp. 1-63.
- Superintendencia de Seguridad Social (1994) *Estadísticas de Seguridad Social 1994*, Santiago, Chile.
- Wiesbrod, B. (1991) “The health care quadrilemma: an essay on technological change, insurance, quality and cost containment”, *Journal of Economic Literature*, Vol. 29, No. 2, pp. 30-79.