



El mercado de los seguros privados obligatorios de salud:

Diagnóstico y reforma

GUILLERMO PARAJE

Economista, Universidad de Córdoba. Ph.D en Economía, Universidad de Cambridge. Académico de la Universidad Adolfo Ibáñez. Miembro de la Red de Espacio Público.

EDUARDO BITRÁN

Ingeniero Civil Industrial, Universidad de Chile. Ph.D en Economía, Universidad de Boston. Académico de la Universidad Adolfo Ibáñez.

FABIÁN DUARTE

Ingeniero civil matemático, Universidad de Chile. Ph.D. en Economía, Universidad de Yale. Académico de la Universidad de Chile. Director de Espacio Público.

MANUEL WILLINGTON

Economista, Universidad Nacional de Córdoba. Ph.D en Economía, Universidad de Pennsylvania. Académico de la Universidad Adolfo Ibáñez.

Los Documentos de Referencia son trabajos que Espacio Público encarga a investigadores, académicos y expertos externos. Los documentos reflejan la visión de los autores y no necesariamente representan la opinión de Espacio Público.

ÍNDICE

1	Introducción	4
2	Los seguros privados de salud: principales elementos para el análisis	9
2.1	Concentración en el mercado de las ISAPRE	9
2.2	La competencia en el mercado de seguros privados de salud	12
2.3	Costos de cambiar ISAPRE/Planes (“Switching Costs”).....	14
2.4	Barreras a la entrada	23
2.5	Integración vertical Aseguradora-Proveedor.....	26
2.6	Asimetrías de Información.....	32
3	Experiencia internacional en aseguramiento privado.....	38
3.1	El caso de EE.UU.....	38
3.2	El caso de Holanda.....	41
3.3	El caso de Suiza	43
4	Propuesta de reforma al mercado de seguros de salud	49
4.1	Plan Universal Mínimo Garantizado de Salud (PUMGS).....	49
4.2	Costos Promedio y Prima	50
4.3	Asegurados y Cobertura	50
4.4	Financiamiento.....	51
4.5	Aseguradoras	52
4.6	Distribución de los Recursos (Fondo de Compensación ex-ante)	52
4.7	Re-distribución de los recursos (Fondo de Compensación ex-post)	52
4.8	Planes Estandarizados Alternativos.....	53
4.9	Prestadores.....	53
4.10	Aspectos Adicionales de la Reforma.....	53
5	Conclusiones	57
6	Bibliografía.....	59

1 Introducción

El sistema de salud chileno posee un componente de seguro obligatorio que fuerza a los trabajadores en relación de dependencia a destinar al menos el 7% del ingreso laboral bruto (con un tope anual de alrededor de 70 Unidades de Fomento) al aseguramiento de salud. El sistema de seguro es dual, ya que les da la opción a los trabajadores de afiliarse al seguro público (FONASA) en el que se cotiza el monto mínimo señalado o, alternativamente, a un seguro privado ofrecido por una Institución de Salud Previsional (ISAPRE). Éstas establecen el precio de acuerdo al nivel de cobertura del seguro individual contratado y de los perfiles de riesgo de los asegurados, con una prima mínima equivalente al 7% del ingreso laboral bruto (con el tope mencionado).

En términos generales, los aportes de FONASA son incorporados a un fondo general que solidariza riesgos (e ingresos). Por el contrario, los ingresos por primas individuales en las ISAPRES se utilizan para asegurar las prestaciones individuales (o del grupo familiar), sin que exista solidaridad alguna, excepto en la parte de la prima que financia las prestaciones AUGE.¹ Para este componente, se cobra una prima comunitaria que posteriormente se “solidariza” entre las ISAPRES mediante un Fondo de Compensación de Riesgos (ex-post) que se aplica sólo para las primas GES. Los ingresos de las ISAPRES por el GES al año 2010 representan sólo el 8,9% del total de sus ingresos. Esto debido a que los planes existentes ya cubrían la gran mayoría de las prestaciones GES y los afiliados prefieren la modalidad de libre elección antes que la opción de atención cerrada que ofrece GES (G. Paraje and F. Vasquez, 2012).

En general, los individuos cotizantes que eligen ISAPRE terminan pagando más de su 7% debido a que eligen coberturas más amplias o con prestadores diferentes que las cubiertas por los planes más básicos ofrecidos por las ISAPRES. Sin embargo, resulta casi imposible presentar el perfil de un plan “promedio” comprado en el sector ISAPRE debido a la enorme oferta de planes. En la actualidad, se estima que se comercializan alrededor de 12 mil planes de salud distintos. No existe certidumbre acerca de esto pero de acuerdo a un informe de la Superintendencia de Salud hacia 2011 las mayores ISAPRE

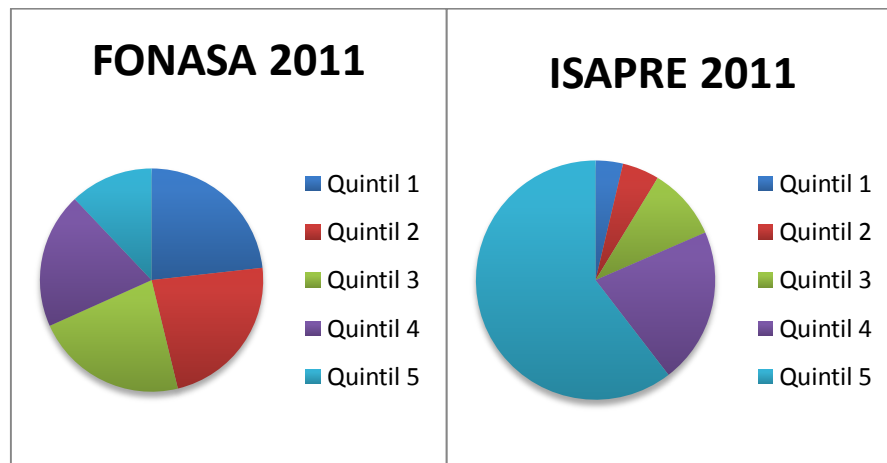
¹ Prestaciones/condiciones con garantías de acceso, calidad, oportunidad y protección financiera.

tenían en su cartera un número mayor de planes (aunque ya no los comercializaran). Así, Colmena poseía una cartera con 13.711 planes diferentes, mientras que Banmédica tenía 11.097 (M. Sánchez, 2011).

Adicionalmente al sistema público y de ISAPRE existen sistemas de aseguramiento cerrados como los que son exclusivos para las Fuerzas de Seguridad, así como también seguros privados para extranjeros, etc.

La característica fundamental del sistema chileno de aseguramiento de salud (al menos en su parte contributiva) es la segmentación que esta dualidad de sistemas produce. En la base de esta segmentación se encuentra la lógica diferente que poseen ambos sistemas a la hora de seleccionar sus beneficiarios. Mientras FONASA debe aceptar a quien quiera asegurarse en el sistema público, cobrando la prima estipulada del 7%, las ISAPRE eligen afiliados con un perfil de ingresos y de riesgos esperados determinado (*cherry-picking*). Esto se traduce en una segmentación por ingresos, tal como se reporta en el Gráfico 1. Allí se muestra que en el caso de las ISAPRE más de tres cuartos de su cartera corresponde a afiliados pertenecientes al 40% de mayores ingresos, mientras que más de la mitad corresponde a afiliados pertenecientes al quintil superior. En el caso de FONASA predominan los afiliados pertenecientes a los quintiles 1, 2 y 3.

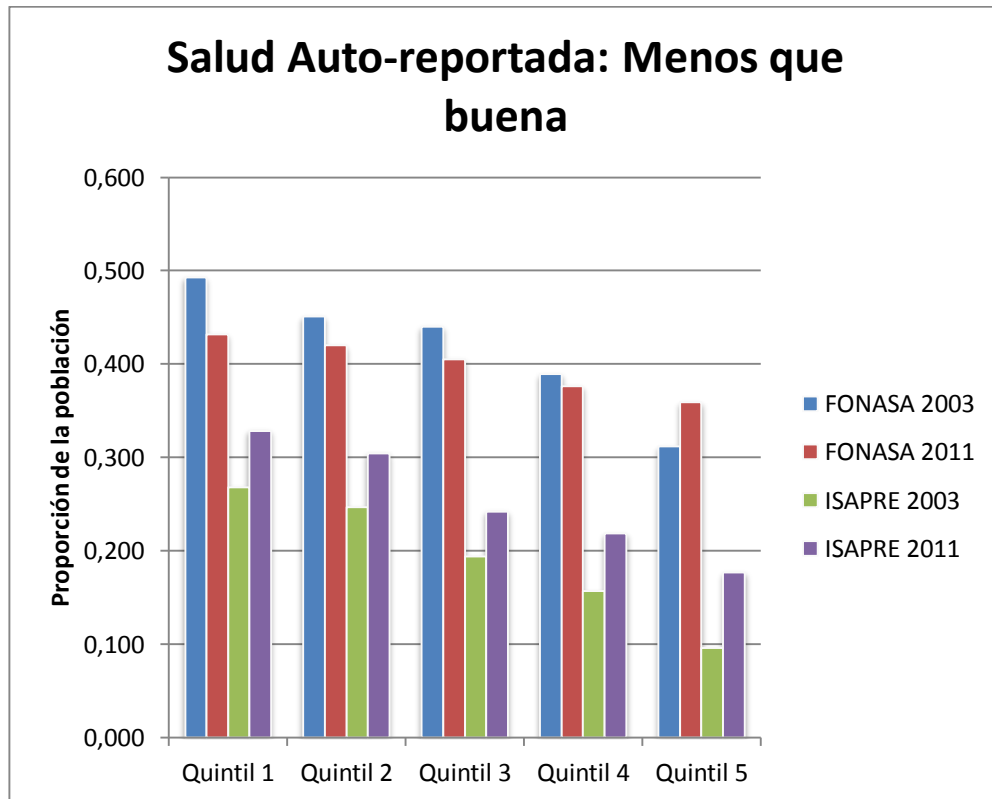
Gráfico 1: Segmentación por nivel de ingreso



Fuente: Elaboración propia en base a CASEN 2011

La segmentación no es solo de ingresos sino de riesgo/costos esperados (aunque es bien sabido en la literatura de determinantes sociales de salud que ingresos y riesgos esperados están fuertemente correlacionados). Un determinante importante del uso de los seguros es el estado de salud de las personas. Aunque no se tiene información sobre esta dimensión, es posible aproximarse a ella a través de la variable de salud auto-reportada. El Gráfico 2 muestra la distribución reciente de dicha variable según quintiles de ingresos y sistema de aseguramiento. Dicho gráfico señala claramente dos factores. Primero, que efectivamente la percepción de salud (y se espera que el estado efectivo de salud) varía fuertemente con el nivel de ingreso, independientemente del sistema de aseguramiento. Segundo, que independientemente del nivel de ingreso los afiliados de ISAPRE poseen una mejor auto-percepción de salud que los de FONASA. En el caso de algunos quintiles (sobre todo los más altos) las diferencias son sustanciales y notorias.

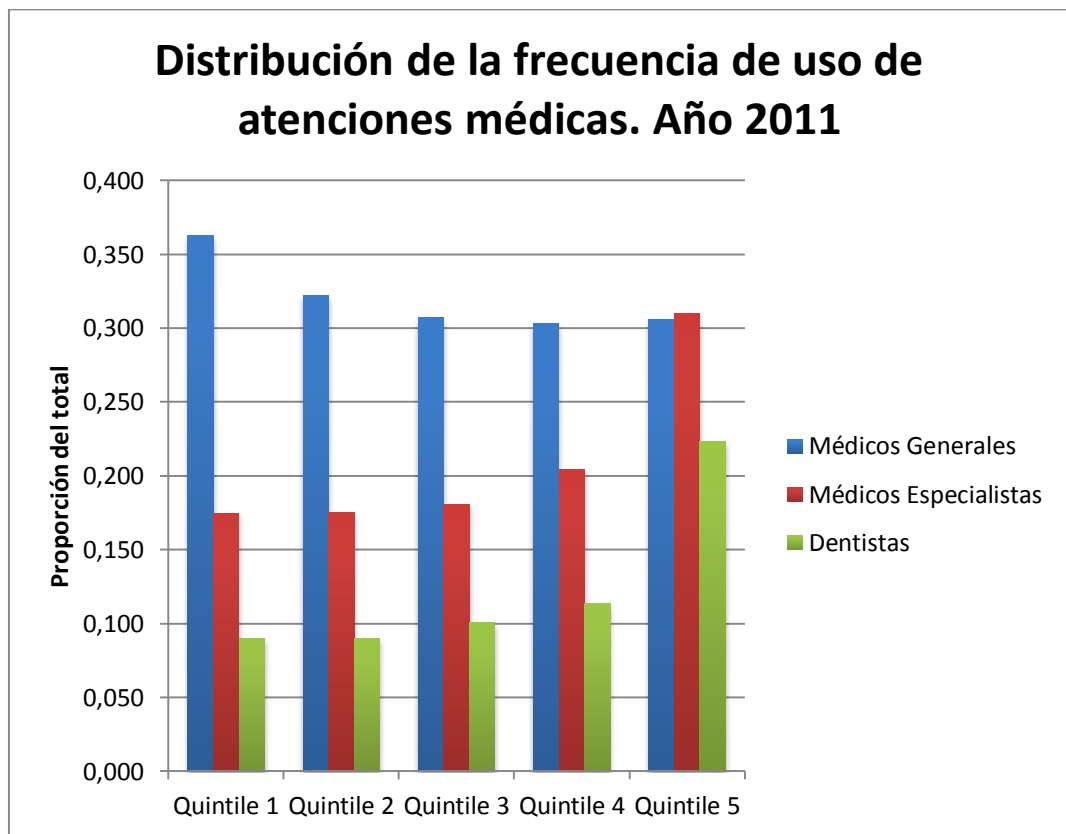
Gráfico 2: Segmentación por estado de salud



Fuente: Elaboración propia en base a CASEN.

Una consecuencia de la segmentación por ingresos y que también impacta en la percepción de salud es el diferente patrón de utilización del sistema. Mientras no existen diferencias notorias en la frecuencia de utilización de médicos generalistas por nivel de ingreso, las diferencias son sustanciales en la frecuencia de uso de especialistas (sin incluir salud mental) y dentistas, tal como lo ilustra el Gráfico 3. En el caso del uso de especialistas es probable que se deba un mejor acceso por parte de afiliados al sistema de aseguramiento privado. Sin embargo, en el caso de los servicios dentales y dado que rara vez están incluidos en los planes de salud (como no sea algunas coberturas AUGE), esto se debe puramente a la capacidad de pago (*affordability*) de los usuarios.

Gráfico 3: Diferenciales en el uso de atenciones médicas



Fuente: Elaboración propia en base a CASEN 2011

Más allá de la segmentación que evidencia el sistema de salud, incluso al interior del sector de seguros de salud privados existen importantes problemas que deben discutirse.

La base misma de la existencia y funcionamiento del sector privado de seguros, esto es el supuesto de que la competencia entre aseguradoras es sana y permite alcanzar resultados eficientes y de máximo bienestar social, no parecen alcanzarse. Entre otras cosas, la cautividad de los afiliados, la proliferación artificial de planes de salud, la integración de prestadores y aseguradores, exacerban los problemas naturales que existen en este tipo de mercados y producen resultados indeseados tanto sobre la competencia como sobre el bienestar social.

Este trabajo, a partir de una discusión teórica de los problemas que suelen presentar los seguros de salud obligatorios, identifica los principales problemas del sistema actual de aseguramiento de salud en Chile, con un fuerte énfasis en el sector privado del mismo, y presenta y discute una propuesta de reforma.

En la próxima Sección se discuten estos problemas de manera detallada. Posteriormente, en la Sección 3 se presentan las características de los sistemas de aseguramiento de Estados Unidos, Holanda y Suiza. La selección de estos casos se explica en que estos sistemas, como el chileno, se caracterizan por el hecho que los consumidores tienen la posibilidad de elegir entre aseguradoras (o lo que se conoce en la literatura como *consumer-driven health care*). En la Sección 4 del documento se presentan propuestas que, integralmente, permitirían corregir los principales problemas del sistema de seguros de salud chileno. Dichas propuestas consideran la experiencia internacional, la coyuntura local y las posibilidades actuales de reforma. En la última Sección se presentan brevemente las conclusiones del trabajo.

2 Los seguros privados de salud: principales elementos para el análisis

El mercado de seguros privados obligatorios de salud posee numerosas fallas. Algunas son características de los mercados de seguro (públicos o privados, de salud o de otra índole) en todo el mundo que en el caso chileno tienden a exacerbarse por fallas regulatorias y características de diseño. Problemas como el riesgo moral o la selección adversa se encuentran en la base de cualquier regulación de mercados de seguros y han sido señalados desde hace varias décadas como una característica ineludible en los mercados de seguros de salud (Kenneth J. Arrow, 1963).

Sin embargo, otras características de este mercado que limitan la competencia son menos frecuentes en otros países o en otros mercados de seguro y están relacionadas con una regulación deficiente del sistema de aseguramiento de salud. Tales características, como la posibilidad de descreme (amparado en leyes y regulaciones), la integración vertical, la posibilidad de reajuste unilateral de precios y los costos altísimos que enfrentan los afiliados para cambiar de aseguradora se sustentan en defectos regulatorios y un diseño institucional “aluvional” (con varias correcciones parciales a lo largo de los años, que poco han hecho para solucionar los problemas fundamentales e, incluso, en algunos casos los han agravado).

A continuación se hace hincapié en algunas de estas características, privilegiando aquellas que se consideran más relevantes. Concretamente, se analiza el efecto (teórico y, si es posible, empírico) de la concentración en el mercado de las ISAPRE, los costos de cambio al interior del mismo (lo que aumentaría la segmentación del mercado), las barreras a la entrada a dicho mercado, la integración vertical entre aseguradores y prestadores (y su efecto sobre los incentivos sobre la contención de costos) y las asimetrías de la información (y sus efectos sobre la eficiencia).

2.1 Concentración en el mercado de las ISAPRE

Un aspecto determinante del diseño de la seguridad social en Chile es la apuesta a que las decisiones individuales de los consumidores y la competencia entre actores privados llevarán a resultados socialmente deseables. Esta lógica subyace en el diseño institucional

y regulatorio de los mercados de seguros de salud, de los ahorros previsionales y también en otros sectores como la educación. En los sectores antes mencionados, el rol del Estado se centra en la regulación general del sector y la participación activa mediante la provisión de servicio para quienes la “solución de mercado” resulta insatisfactoria o donde las empresas privadas no tienen posibilidades o interés en proveer servicios adecuados principalmente por la baja capacidad de pago de los grupos servidos.

En el caso de los seguros de salud, esta lógica ha llevado a una alta segmentación: las características socio-económicas e incluso biológicas de los afiliados a las ISAPRE son, en promedio, muy diferentes de las de quienes están afiliados a FONASA. A lo antes mencionado (Gráficos 1-3), se pueden agregar los datos de la Encuesta de Protección Social (EPS) y de la Superintendencia de Salud en los que se aprecian las fuertes diferencias existentes entre los beneficiarios de ambos sistemas.² La Tabla 1 muestra algunas características del panel de cotizantes que utilizamos proveniente de la EPS 2006. Como se observa, cerca de la mitad de la población es femenina, solo 15% tiene estudios superiores y el 34% vive en Santiago. Personas más jóvenes, relativamente más ricas, más educadas y que viven en Santiago tienden a estar afiliadas al sistema privado de salud. Estas diferencias son bastante pronunciadas cuando comparamos salarios mensuales promedio, en el sistema privado los afiliados tienen un salario de más de 6 veces el salario promedio del sistema público.

Las diferencias entre cotizantes y entre planes (coberturas y precios) ofrecidos por los seguros público y privados han llevado a que ambos mercados sean considerados como “mercados relevantes” distintos. En efecto, el Tribunal de Defensa de la Libre Competencia (TDLC) en los fundamentos de su sentencia 57-07, acoge los argumentos del informe de la Fiscalía Nacional Económica (C. Agostini et al., 2005)³ respecto a que

² La EPS es una encuesta diseñada para ser representativa de la población Chilena. Los datos que se utilizan aquí corresponden a los años 2004 y 2006. Se cuenta con información sobre historia laboral, estado de salud, gastos de salud, finanzas personales y demográficas. La muestra completa es de alrededor de 17, 000 viviendas. Para este análisis se utilizan solamente los cotizantes principales, los que representan más del 75% de la muestra.

³ Para un análisis más conciso de la acusación de colusión en contra de las cinco principales ISAPRES véase Agostini et al. (2011) y para un análisis crítico del fallo del TDLC véase Agostini, C.; E. Saavedra and M. Wellington. 2010. "Collusion among Health Insurers in Chile: Good, Bad and Ugly Reasons in a Split Decision." *Antitrust Chronicle - Competition Policy International*, 7(July).

las ISAPRES abiertas actúan en un “mercado relevante” diferente al de FONASA.⁴ Según este fallo y como consecuencia de lo anterior, el TDLC dictaminó que es económicamente razonable y válido centrar el análisis de competencia en el mercado de las ISAPRE abiertas (existen ISAPRE cerradas, básicamente pertenecientes a empresas, que tienen una lógica de funcionamiento diferente a las demás y que por tanto quedan excluidas en este análisis).

Tabla 1: Estadísticas Panel EPS 2004-2006

Variables	Público	Privado	Total
Edad	47,6	41,1	46,8
Femenino	47,8%	37,4%	46,6%
Salario mensual	\$115.200	\$735.050	\$187.300
Total dependientes	0,909	1,214	0,945
Prima mensual	\$16.130	\$86.170	\$24.270
Vive en Santiago	32,8%	49,8%	34,7%
Educación superior	10,2%	55,2%	15,4%

Fuente: EPS 2006

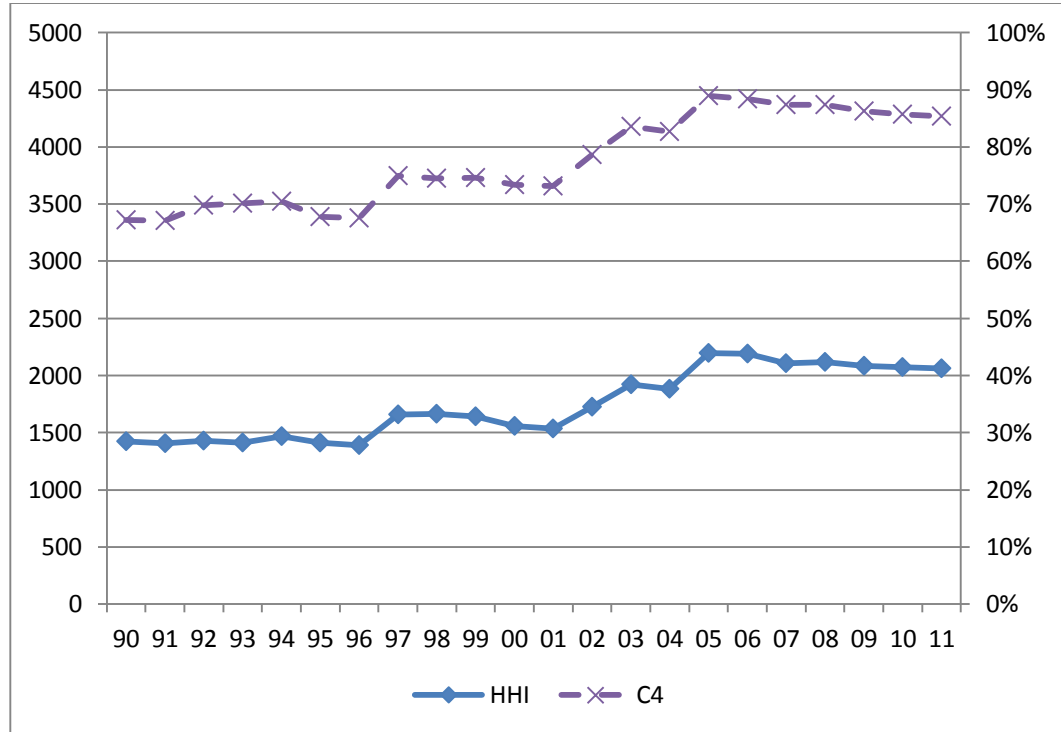
Después de haber estado estable en torno a los 1.500 puntos, el HHI de la industria aumentó entre los años 2001 y 2005 principalmente porque Banmédica adquirió Promepart y porque quebró la ISAPRE Vida Plena.⁵ El índice de HHI para el año 2011 toma un valor de 2.063.

4 Desde la perspectiva de la Libre Competencia, un mercado relevante se define como el conjunto de bienes y/o servicios más pequeño en el cual un monopolista encontraría rentable subir sus precios. El test utilizado para definir un mercado relevante se conoce como test del monopolista hipotético o SSNIP-test (Small but Significant Non-Transitory Increase in Price), y permite también delimitar el mercado relevante en su dimensión geográfica.

5 En noviembre de 2003, cuando se produjo la quiebra de la ISAPRE Vida Plena, sus alrededor de 50.000 cotizantes fueron repartidos en partes proporcionales entre las demás ISAPRES abiertas del mercado. La venta de Promepart a Banmédica se concretó a inicios del 2005 y fue por un monto de 8.653 millones de pesos. Promepart tenía en ese entonces aproximadamente 70.000 cotizantes (que “pertenecían principalmente a los segmentos de ingresos medios y medios-bajos”, Banmédica, 2005), por lo que el valor promedio por cotizante fue de aproximadamente 124 mil pesos. En 2007 los cotizantes de Sfera (aproximadamente 15.000) pasaron a Consalud y en el 2008 los de Normedica (aproximadamente 26.000) a Cruz Blanca.

El índice C4, que refleja la participación de mercado agregada de las cuatro firmas más grandes del mercado, muestra, al igual que el HHI, un aumento entre los años 2001 y 2005, momento a partir del cual comenzó una tendencia levemente decreciente.⁶

Gráfico 4: Indicadores de concentración en el mercado de las ISAPRE



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Superintendencia de Salud.

2.2 La competencia en el mercado de seguros privados de salud

La “apuesta” a que la competencia entre firmas lleve a resultados socialmente deseables encuentra sus fundamentos en la teoría microeconómica clásica. Esta “apuesta a la competencia”, muy saludable en muchos mercados, generalmente no resultará en asignaciones eficientes en mercados donde existen “fallas” y los supuestos

⁶ Tanto el cálculo del HHI como el del C4 incorporan el hecho que Banmédica y Vida Tres pertenecen al mismo grupo económico.

microeconómicos de la “competencia perfecta” no se verifican. Ello no significa, necesariamente, que deba desecharse la competencia en estos mercados y/o que la intervención regulatoria del Estado vaya a mejorar el resultado del mercado.

En el caso de los seguros privados de salud en Chile las fallas y problemas son numerosos. Por el lado de la oferta, debe mencionarse que existen pocos actores (ya se dijo que se trata de un mercado medianamente concentrado), existen importantes barreras a la entrada (sobre todo en lo que se refiere a las redes de prestadores que se construyen a un costo importante) y se ha verificado una creciente integración entre aseguradoras y prestadores (clínicas y hospitales) que podría también limitar la competencia.

Por el lado de la demanda, cabe mencionarse que existen importantes limitaciones a la movilidad de los asegurados entre ISAPRE, y este es un presupuesto fundamental para que actúe la competencia. Las limitaciones a la movilidad se explican por diversos factores, siendo los más importantes la imposibilidad de cambiar de aseguradora si un asegurado o algún miembro de su grupo familiar desarrolla una enfermedad crónica (puesto que la nueva ISAPRE podría negarle la cobertura de esta enfermedad por ser preexistente o simplemente no aceptarlo) y lo difícil que resulta la comparación de los planes ofrecidos por las distintas ISAPRES. Este tema se analiza en el acápite siguiente.

A estos elementos se agregan otras imperfecciones de mercado como son las asimetrías de información: selección adversa y riesgo moral, los que son descritos y analizados en detalle en la sección 2.6.⁷ Por el lado de la oferta, el problema de la sobre-prestación de servicios se agrava por el hecho que las aseguradoras paguen a los médicos o clínicas de acuerdo a las prestaciones otorgadas (versus, por ejemplo, esquemas de pagos asociados a diagnóstico), lo que genera incentivos a la inducción de demanda por parte de los médicos.

⁷ La selección adversa se relaciona al hecho que el asegurado puede tener mejor información ex-ante que la ISAPRE respecto a su riesgo sanitario y, por lo tanto, una ISAPRE que ofrece seguros muy “generosos” (e.g, con copagos bajos y/o topes por prestación altos) atraería principalmente a individuos de mayor riesgo. El riesgo moral se refiere al hecho que los individuos, una vez asegurados y por el hecho de pagar solamente una fracción del costo de las atenciones, pueden sobre-demandar prestaciones de salud.

2.3 Costos de cambiar ISAPRE/Planes (“Switching Costs”)

Un elemento esencial para que la competencia brinde los resultados esperados es que las firmas perciban que no poseen poder de mercado sobre sus clientes. La disposición que tengan en este caso los asegurados para cambiar de aseguradora determina, en definitiva, las elasticidades de demanda en diferentes dimensiones (e.g., precio, calidad) que enfrenta cada aseguradora y por lo tanto su elección óptima de estas variables.

Sin embargo, en el caso chileno los asegurados a las ISAPRES enfrentan importantes costos de cambiarse de aseguradora. Existen al menos dos costos. El primero es ex-ante y tiene que ver con el costo de comparar entre numerosos planes de salud, con diferentes coberturas, diferentes redes de prestadores, distintos precios e incluso topes y deducibles expresados en diferentes unidades de medida.

El segundo costo, posiblemente de mayor importancia que el primero, tiene que ver con la imposibilidad de cambio (o el cambio a un precio mayor, una cobertura menor o las dos cosas) por la existencia de enfermedades crónicas (pre-existencias). En este caso, la ISAPRE que recibe la solicitud de cambio de una persona con pre-existencias puede negarse a afiliarla (con lo que la persona queda cautiva de la ISAPRE en la que se encuentra afiliada o puede cambiarse a FONASA, que provee un servicio distinto –de acuerdo la TDLC-) o hacerlo a un precio superior al que se paga en ese momento. Estos costos son asumidos directamente por el afiliado en la forma de una prima mayor en la nueva ISAPRE, de una menor cobertura (con los costos financieros asociados) o con el pago de una prima superior con el correr del tiempo (mediante la cual la ISAPRE busca recuperar el mayor costo esperado de ese afiliado). A menudo, esta última alternativa significa que el paciente termina abandonando el sistema privado y se afilia al sistema público (que actúa de esta manera como seguro de “última instancia”).

Utilizando datos de la Encuesta de Protección Social (EPS) es posible cuantificar la importancia de las pre-existencias en la decisión (y posibilidad efectiva) de cambiarse de aseguradora o de irse del sistema de ISAPRE a FONASA. Para ello, se usa la historia laboral y los datos administrativos de la EPS y se construye un panel mensual que incluye información del trabajador y su asegurador desde Enero de 2004 a Diciembre de 2006. Por

lo tanto, se cuenta con la fecha exacta del cambio de asegurador para cada cotizante de la muestra (historia completa de cada uno de los cambios desde, dentro y hacia el sistema privado). Para examinar los efectos de las condiciones pre-existentes, se usa una variable *proxy*, construida usando la información de la EPS sobre qué enfermedades crónicas le han sido diagnosticadas y su fecha de diagnóstico.⁸ Aunque se reconoce que esta variable no incluye todas las posibles enfermedades que pueden ser parte de un rechazo de seguro, se cree que incluye las de mayor prevalencia poblacional, por lo que brindaría una “cota inferior del problema” y de los costos asociados a condiciones pre-existentes.

Existen diferencias notorias entre las personas que se quedan en un sistema de salud y las que se cambian. Como lo muestra la Tabla 2, los que se quedan en el sistema público tienen mayor edad, menor educación formal, tienen menos dependientes, menor salario (por lo que pagan primas menores) que quienes se cambian a alguna ISAPRE. Al comparar las medias por medio de test estadísticos, se rechaza la hipótesis de medias iguales, excepto para las frecuencias de test médicos para 2004. Más aún, para la variable que mide condiciones pre-existentes, la hipótesis nula de medias iguales es rechazada.

Tabla 2: Estadísticas promedios: FONASA, Panel EPS 2004-2006

VARIABLES	Se quedan en FONASA	Se cambian a ISAPRE
Edad	47,48	36,12
Salario mensual	\$118.600	\$759.800
Total dependientes	0,916	1,059
Educación [£]	0,107	0,526
Freq. visitas doctor 2004	1,066	0,873
Freq. cirugías 2004	0,054	0,043
Freq. exámenes 2004	0,455	0,489
Freq. hospitalizaciones 2004	0,100	0,038
Condiciones pre-existentes	0,310	0,126
Estado de salud [*]	0,615	0,865

[£] Variable igual a 1 si educación más alta que media. ^{*} Toma el valor 1 si el estado de salud es bueno, muy bueno o excelente.

8 La lista contempla: asma, depresión, diabetes, hipertensión, problemas cardíacos, cáncer, artritis, problemas renales, daño cerebral, problemas mentales y HIV.

Fuente: EPS 2004, 2006.

Realizando el mismo ejercicio pero tomando en cuenta quienes se encontraban en el sistema ISAPRE, se encuentra que los que permanecen en la misma aseguradora tienen mayor edad, son más educados y tienen más dependientes respecto de los que se salen del sistema ISAPRE (Tabla 3). Los dos grupos tienen salarios que no son estadísticamente distintos. También, estos dos grupos difieren en términos de atenciones de salud, y condiciones pre-existentes. La tabla muestra que aquéllos que poseen mayor número de condiciones pre-existentes y tienen un mayor uso de prestaciones médicas (es decir, son individuos más costosos para las aseguradoras) se cambian con menor frecuencia. Esto sería indicativo de las dificultades que enfrentan para moverse entre ISAPRE (como queda claro en la Tabla 4).

Tabla 3: Estadísticas promedios: ISAPRES, Panel EPS 2004-2006

Variables	Se quedan misma ISAPRE	Se cambian (a FONASA u otra ISAPRE)
Edad	42,65	39,20
Salario mensual	\$777.100	\$682.950
Total dependientes	1,226	1,198
Educación £	0,602	0,490
Freq. visitas doctor 2004	1,026	0,982
Freq. cirugías 2004	0,086	0,052
Freq. exámenes 2004	0,716	0,514
Freq. hospitalizaciones 2004	0,077	0,074
Condiciones pre-existentes	0,213	0,167
Estado de salud ‡	0,850	0,861

£ Variable igual a 1 si educación más alta que media. ‡ Toma el valor 1 si el estado de salud es bueno, muy bueno o excelente.

Fuente: EPS 2004, 2006.

Finalmente, la Tabla 4 compara los datos para los que se cambian desde el sistema privado al sistema público, con los afiliados que se cambian dentro del sistema privado (es decir, desagrega la columna 2 de la Tabla 3). Tal como se espera, hay diferencias notorias en muchas de las variables. Existen diferencias en utilización médica ya que los que se

cambian al sistema público usaron más cirugías en 2004, pero menos ambulatorios. En términos de pre-existencias, los que se cambian a FONASA poseen una proporción significativamente mayor de ellas que los que logran cambiarse de ISAPRE, mientras que éstos últimos poseen una mejor salud auto-reportada.

Tabla 4: Estadísticas promedios: Sistema Privado, ISAPRES, Panel EPS 2004-2006

Variables	Se cambian a FONASA	Se cambian a otra ISAPRE
Edad	39,23	38,25
Salario mensual	\$735.300	\$510.550
Total dependientes	1,209	1,206
Educación [£]	0,420	0,591
Freq. visitas doctor 2004	0,841	1,293
Freq. cirugías 2004	0,059	0,033
Freq. exámenes 2004	0,464	0,625
Freq. hospitalizaciones 2004	0,065	0,076
Condiciones pre-existentes	0,183	0,123
Estado de salud [‡]	0,835	0,918

£ Variable igual a 1 si educación más alta que media. ‡ Toma el valor 1 si el estado de salud es bueno, muy bueno o excelente.

Fuente: EPS 2004, 2006.

El análisis anterior muestra las diferencias significativas entre los individuos que permanecen en cada uno de los sistemas de aseguramiento y cómo algunas variables (tales como el uso de atenciones médicas o las condiciones pre-existentes) estarían relacionadas con la inmovilidad relativa al interior del sistema privado (que implica cautividad de los afiliados una vez que empeora su condición de salud) o de su traspaso desde al sistema privado al público (que implica un descreme de riesgos o un *risk-dumping* a FONASA).

A las diferencias personales y socio-económicas en los grupos que se encuentran en las aseguradoras pública o privadas, se le suman diferencias regulatorias notorias. Mientras el FONASA posee una regulación clara y relativamente estricta acerca de la cobertura que poseen sus afiliados, la prima que deben pagar y las condiciones para unirse (básicamente, ninguna ya que el FONASA no puede rechazar afiliados), las ISAPRE se han manejado dentro de regulaciones más laxas las que le permiten rechazar afiliaciones, presentar sus

planes mediante información difícil de interpretar para la inmensa mayoría de las personas (de hecho en muchos planes los topes y deducibles ni siquiera se encuentran expresados en la moneda de curso legal sino en “aranceles” propios de cada ISAPRE) y alterar de manera unilateral el precio de los planes. Si bien esta última potestad ha sido cuestionada recientemente y de manera creciente en los tribunales (con una altísima aceptación de las demandas en contra de las ISAPRE) los afiliados que deciden demandar a las ISAPRE constituyen una porción muy baja del total de sus carteras. No obstante, este hecho ha introducido un elemento de incertidumbre importante en el funcionamiento del mercado privado de seguros de salud.⁹

Dado lo anterior, es lícito suponer que las probabilidades de cambiarse desde cada sistema, estarán relacionadas con distintas variables en cada sistema y estas variables tendrán distinta importancia. Nuevamente, un análisis de la EPS muestra que la probabilidad no condicional de que en un mes un afiliado en FONASA se cambie a una ISAPRE es muy baja (en promedio, alrededor de un 0,07%). En otras palabras, en un año aproximadamente un 0,84% de los afiliados se cambian desde FONASA. Cuando se condicionan estos cambios al nivel salario, las personas de salarios más altos dentro de FONASA tienen el doble de probabilidades de cambiarse a una ISAPRE que el promedio (es decir cerca de un 2% de ellos se cambia cada año) y 6,5 veces más si los comparamos con el grupo de bajos ingresos en FONASA.¹⁰ En contrapartida, el grupo de salarios menores tiene una probabilidad 3 veces menor que el promedio de cambiarse a alguna ISAPRE.

En términos de género, las diferencias no son tan claras: hombres y mujeres se cambian con la misma frecuencia o en otras palabras tienen las mismas barreras o facilidades de cambiarse. Sin embargo cuando se separa a los afiliados por edad, los más jóvenes tienen

⁹ Tribunales de justicia en diversas instancias (desde tribunales primarios a la Corte Suprema y el Tribunal Constitucional) han señalado que ciertas bases sobre los que funciona el sistema de aseguramiento privado son ilegales. Fundamentalmente, se han señalado dos elementos. En primer lugar, la discriminación por sexo y edad en el cobro de las primas ha sido señalada como atentatoria del carácter de “seguridad social” que tiene el aseguramiento en salud. Se ha señalado que, contrariamente a lo dispuesto por la ley vigente, el cobro diferencial de primas va en contra del espíritu consagrado en la Constitución para este tipo de seguros. En segundo lugar, tribunales inferiores y la Suprema Corte han estipulado que el reajuste unilateral de primas también es contrario a la ley.

¹⁰ Se separaron los grupos en dos, uno con salarios mayores a \$200.000 y el otro con salarios menores a ese monto.

probabilidades similares al grupo de mayores ingresos, y casi 4 veces más probabilidades de cambiarse que los mayores.¹¹

En términos de educación, la brecha es aún más grande: afiliados con educación mayor a la enseñanza media tienen probabilidades de cambiarse 10 veces más altas que los que no tienen educación mayor a enseñanza media.

Resultados similares se obtienen por grupos de salud auto-reportada. Los que reportan un mejor estado de salud tienen 3 veces mayores probabilidades de cambiarse a ISAPRE que los que reportan un estado de salud regular o malo. Finalmente, cuando se estudia a los afiliados con condiciones pre-existentes, estos tienen 5 veces menos chances de cambiarse a ISAPRE que los que no tienen condiciones pre-existentes.

Tal como se dijo, cambiarse desde una ISAPRE a FONASA debería ser más fácil que cambiarse desde FONASA a una ISAPRE, debido a que FONASA no puede rechazar afiliaciones mientras que las ISAPRE pueden hacerlo sin siquiera dar una razón. Las estimaciones propias realizadas en base a la EPS reafirman esto: la probabilidad promedio mensual de cambiarse desde una ISAPRE a FONASA es de 0,9%, más de 10 veces la probabilidad de cambiarse desde FONASA a una ISAPRE (lo que al año nos da aproximadamente un 10% de afiliados cambiándose desde alguna ISAPRE a FONASA). Condicionando por ingresos, se encuentra que las personas de menores ingresos se cambian a FONASA más frecuentemente que las de mayores ingresos: los primeros tienen una probabilidad de 1,8% mensual (el doble que el promedio) y 2,2 veces que los afiliados de mayores ingresos.

Mujeres y hombres se cambian con la misma frecuencia pero no sucede lo mismo por grupos étnicos. Los más jóvenes tienen una probabilidad de 1,1% de cambiarse a FONASA, es decir, 1,5 veces más probable que una persona más vieja. Finalmente, en términos de condiciones pre-existentes, las personas que padecen alguna enfermedad tienen una probabilidad de cambiarse de 1% comparada con las personas que no tienen ninguna pre-existencia, con solo 0,7% de probabilidades, es decir 1,2 veces más chances de cambiarse.

¹¹ Separados en dos grupos, menores y mayores de 45 años.

El análisis de probabilidades anterior no hace sino mostrar qué variables serían importantes a la hora de explicar movimientos entre ambos sistemas de seguro. El ingreso es una variable importante y ello se debe a que las personas que están o pretenden ingresar a alguna ISAPRE deben pagar el precio del plan que desean y muchas veces ese precio excede la contribución obligatoria que deben realizar (de hecho, un afiliado promedio de ISAPRE gasta alrededor del 10% de su ingreso bruto en comprar aseguramiento; por encima del 7% -con tope- que exige la legislación). Además de esto, variables de riesgo individual, como la salud auto-reportada (una proxy del estado real de salud) y las condiciones pre-existentes son importantes. Estas variables muestran (ex-post) la activa selección de riesgos realizada por las ISAPRE.

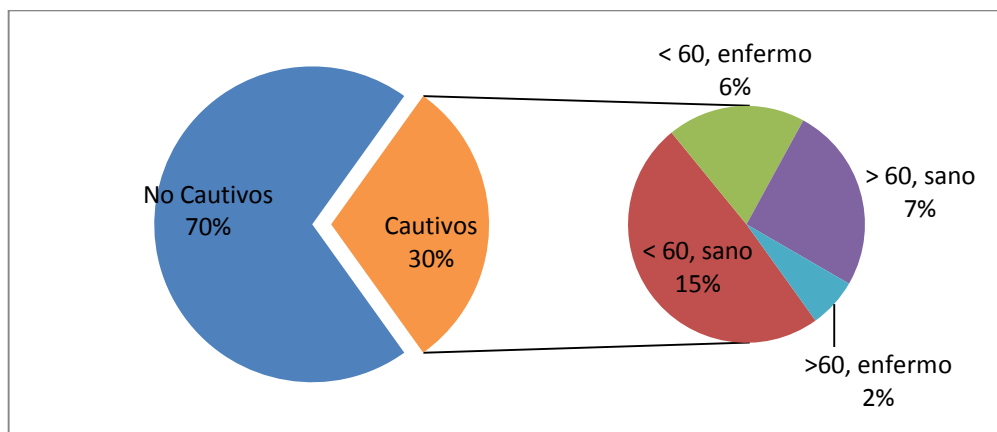
2.3.1 Cautividad y competencia en las ISAPRE

El análisis anterior señala que si bien no existen restricciones formales al movimiento de afiliados entre FONASA e ISAPRE o dentro de éstas últimas, existen restricciones *de facto*. El ingreso, la edad y el estado de salud imponen restricciones a los movimientos de afiliados. En la medida de que estas restricciones sean importantes, debería dudarse del grado efectivo de competencia al interior del sistema privado. Esto no es un tema más sino uno de los puntales sobre los que se basa el correcto funcionamiento del mismo.

De acuerdo (C. Cid et al., 2009), el porcentaje de beneficiarios cautivos ascendería al 30%. Este estudio define como beneficiarios cautivos a todos aquellos que están en un plan familiar en el que al menos un miembro del grupo de beneficiarios tiene más de 60 años o sufre de una patología crónica.¹² El Gráfico 5 ilustra las razones de cautividad de acuerdo a este estudio. En el mismo se observa que las variables determinantes de esta cautividad corresponden a las mismas que se encontraron en el análisis de la EPS: personas con alguna enfermedad o que superan los 60 años encuentran problemas reales para ejercer su derecho a elegir su aseguradora.

¹² El listado de enfermedades que generan cautividad así como la edad de 60 años como causal de cautividad han sido definidos por la Superintendencia de Salud.

Gráfico 5: Cautividad de Beneficiarios



Fuente: (C. Cid, E. Salazar, R. Tegtmeier and A. Muñoz, 2009)

A este costo de cambio asociado a las pre-existencias deben agregarse al menos otros dos que afectan a la totalidad de los afiliados. Por un lado, con el “aprendizaje” que debe realizarse cuando se escoge una nueva ISAPRE respecto a varias dimensiones: desde los procesos administrativos de cada ISAPRE (asociados, por ejemplo, a reembolsos y compra de bonos), a otros posiblemente más relevantes asociados a identificar cuáles son los prestadores preferentes de la nueva ISAPRE y plan, cuáles los topes asociados al nuevo plan, los aranceles de los médicos preferidos, etc. En la medida en que estos costos sean percibidos como altos, limitarán el deseo de cambio de ISAPRE o plan. Por la misma razón, una forma de limitar el cambio es incrementar artificialmente estos costos (por ejemplo, haciendo más opaca la información relevante).

Por otro lado, existe un costo asociado a la dificultad para comparar las diferentes alternativas que ofrece cada ISAPRE. Cada plan es en sí mismo sumamente complejo, ya que define copagos para diferentes tipos de prestaciones, valores máximos cubiertos por tipo de prestación (potencialmente diferentes también según quien sea el prestador), valores máximos de prestaciones al año, diferentes patrones de evolución de los factores de ajuste de riesgo en la medida que el afiliado y su grupo cambian de edad, redes de prestadores diferentes según plan y hasta diferentes por condición de salud (típicamente la red de prestadores AUGE). A esta complejidad se agrega el hecho que cada aseguradora tiene una oferta de cientos de planes que deben ser comparados en varias dimensiones (algunas, ya de por sí, de difícil comparabilidad como la calidad de prestadores). De

acuerdo a información de la Superintendencia de Salud, a Enero de 2012 el número total de planes activamente comercializados por las ISAPRES era de 12.416 (un 66% más que en el 2006).¹³ No es de extrañar que los afiliados elijan planes de una lista corta provista por el vendedor de la ISAPRE (con los obvios conflictos de interés que ello implica).

A nivel empírico, resulta difícil cuantificar la relevancia de estos costos. Por lo mismo, no existe evidencia directa de la relevancia de estos costos para otros países. En parte, esto se debe a la originalidad del modelo chileno en esta dimensión. En otros países con una fuerte presencia de seguros privados, tales como EE.UU., existe evidencia del proceso de toma de decisiones de las empresas en que negocian anualmente con las aseguradoras un seguro colectivo para sus empleados. Sin embargo, el contexto institucional es muy diferente al chileno ya que hay un agente informado negociando por todos sus trabajadores, por lo que se aprovechan economías de escala en el costo de informarse.

Para el caso de Suiza, en el que los seguros son también individuales, (Richard Frank and Karine Lamiraud, 2009) encuentran una alta dispersión de precios pese a que el gobierno regula el mercado compensando por riesgos (ex-ante) a las aseguradoras y define un paquete estandarizado de coberturas. Este resultado de la dispersión de precios puede interpretarse como evidencia de que, aun en contextos en que la comparación es más sencilla, los asegurados no cambian fácilmente de aseguradora. Ello podría explicarse por la existencia de múltiples planes y, de hecho, los autores encuentran evidencia de que las tasas de cambio son mayores y los precios menores en las regiones en que el número de planes ofrecidos es menor. Las tasas anuales de cambio de aseguradoras reportadas son de 4,8%, 5,7%, 2,7% y 2,1% para los años 1997 a 2000.

En el caso de Chile, no existe información sistemática respecto a las tasas de traspasos entre ISAPRES. En Cid et al, sin embargo, se reporta que para el año 2008 la tasa de movilidad entre ISAPRES de beneficiarios clasificados como no cautivos fue del 10,6%, en tanto que para aquellos clasificados como cautivos fue del 2,9% (C. Cid, E. Salazar, R. Tegtmeier and A. Muñoz, 2009). Adicionalmente, como *proxy* de esta movilidad, puede mencionarse que la tasa de desahucios voluntarios de contratos con ISAPRES ha sido del 11,2% y 9,1% para los años 2010 y 2011 (último año disponible), habiendo tenido un

13 Para el mismo periodo el total de planes vigentes (es decir, que tienen al menos un cotizante) era de 52.552.

valor máximo del 17% en el año 2002. Estos valores sobreestiman el valor de la tasa de cambio entre ISAPRES ya que incluyen los desahucios de aquellos cotizantes que deciden pasarse a FONASA.

2.4 Barreras a la entrada

Un determinante importante del grado de competencia de un mercado es la existencia o no de barreras a la entrada o, en otras palabras, qué tan difícil sería para un nuevo actor en un mercado competir con las empresas incumbentes. Conceptualmente, (J. Bain, 1956) define como barreras a la entrada todos aquellos factores que les permitirían a las firmas establecidas fijar precios por encima del costo marginal. Así, distingue entre cuatro elementos estructurales que pueden constituirse en barreras a la entrada: (i) economías de escala; (ii) ventajas absolutas de costos (no relacionadas a la escala); (iii) ventajas por diferenciación de producto; y (iv) problemas de financiamiento que podrían enfrentar los entrantes por ser menos conocidos y/o representar un mayor riesgo.¹⁴

Además de este tipo de barreras estructurales, en un mercado pueden existir barreras legales asociadas, por ejemplo, a la existencia de patentes, regulaciones ambientales más exigentes para entrantes, contratos de exclusividad, etc. y barreras estratégicas, que son aquellas derivadas de las conductas de los incumbentes que buscan, precisamente, evitar la entrada de nuevas firmas al mercado.

En el caso de los mercados de seguros de salud, las barreras a la entrada parecieran ser importantes. Para el caso de Estados Unidos y en el contexto de la discusión por la concentración creciente del mercado de seguros de salud, Henry Allen menciona para el caso de Estados Unidos las siguientes barreras a la entrada:¹⁵ regulaciones de los estados, reconocimiento de marca de las aseguradoras por parte de los consumidores (vinculado esto a la existencia de costos hundidos en publicidad), relaciones ya establecidas y de largo plazo entre aseguradoras y empleadores (que deciden la compra del seguro) y el

14 Stigler por su parte, define como barreras a la entrada a aquellos costos que el entrante debe incurrir para entrar y que las firmas establecidas no deben incurrir ni tampoco han incurrido, por lo que las economías de escala no constituirían una barrera a la entrada Stigler, G. 1968. "Barriers to Entry, Economies of Scale and Firm Size," G. Stigler, *The Organization of Industry*. Homewood, IL.: Irwin, 67-70..

15 Documento sin fecha, accedido en Abril de 2013 en <http://www.ama-assn.org/resources/doc/psa/consolidating-whitepaper.pdf>.

tiempo y costo de desarrollar una red de proveedores de atenciones de salud. En este último punto, al costo “natural” de desarrollo de la red de proveedores debe agregarse el hecho que las aseguradoras incumbentes, en muchos casos, tienen contratos firmados con los proveedores que incluyen cláusulas del tipo de “nación más favorecida”, por lo que es muy difícil para un entrante obtener una ventaja competitiva firmando con proveedores de atenciones de salud claves.¹⁶

A su vez, el Department of Justice y la Federal Trade Commission, reportan que los potenciales entrantes al mercado de seguros de salud además de sortear las barreras legales que imponen los diferentes Estados, se encontrarían en desventaja por contar los incumbentes con marcas reconocidas por los compradores y por enfrentar un doble desafío: primero, atraer un número suficiente de postulantes a su seguro que permita obtener descuentos de los proveedores; y, posteriormente, tener una red de proveedores atractiva que permita atraer suficientes clientes. Adicionalmente, un entrante a este mercado enfrenta la potencial desventaja de atraer un *pool* de asegurados de peor riesgo que el promedio (con la consiguiente desventaja de costos que ello implica) dados los problemas de selección adversa que caracterizan a este mercado (que se discuten más adelante).¹⁷

Según señala Haas-Wilson, es muy poco lo que se sabe respecto a la magnitud de los costos hundidos en que se incurriría en el caso de las aseguradoras para formar sus redes de prestadores (Deborah Haas-Wilson, 2003). Más aun, en el caso que la aseguradora entrante decidiera desarrollar su propia red de prestadores, por ejemplo, es menos evidente que estos costos fueran irre recuperables y, por lo tanto, hundidos. Señala la autora que si bien en un mercado de seguros tradicionales difícilmente podría hablarse de barreras a la entrada (ya que el activo fundamental sería el capital mismo necesario para respaldar el riesgo), en el contexto de *managed care* en que las instituciones buscan asegurar la calidad de las atenciones y, al mismo tiempo, controlar costos las barreras a la entrada sí serían relevantes.

16 En este contexto, la cláusula de “nación más favorecida” significa que el asegurador que tiene en su contrato esta cláusula obtendrá automáticamente cualquier mejora (en término de, por ejemplo, costos de prestación) que el prestador le otorgue a otra aseguradora.

17 DOJ and FTC. 2004. "Improving Health Care: A Dose of Competition," U.S.A.: Department of Justice and Federal Trade Commission,

A partir de allí, la autora distingue cuatro funciones que deben emprender las aseguradoras: (i) manejo del riesgo financiero; (ii) procesamiento de reembolsos; (iii) control de las prestaciones (e.g., ver que sean las apropiadas según el diagnóstico); y (iv) desarrollo de una red de prestadores. Es en esta última tarea donde pueden existir barreras a la entrada, en particular si las aseguradoras incumbentes se han integrado –o firmado contratos de exclusividad– con clínicas y/o redes de prestadores. Más aun, según la autora el mercado se encontrará cerrado para nuevos actores si se verifican conjuntamente tres condiciones: 1) existen barreras a la entrada al mercado (geográfico relevante) de prestadores (clínicas y servicios médicos ambulatorios); 2) las aseguradoras ya vinculadas con prestadores tienen alta participación de mercado y/o sus prestadores tienen ventajas importantes de calidad y/o costos respecto a sus competidores); y 3) el valor de los prestadores relacionados con aseguradoras incumbentes es mayor para estas últimas que para potenciales entrantes (e.g., porque ya hubiese habido un proceso de aprendizaje que ha reducido los costos de transacción entre ambas partes).

Para el caso de Chile la literatura acerca de barreras a la entrada al mercado de seguros de salud privados es escasa. Agostini et al. destacan que si bien los requisitos de capital y regulatorios no constituirían barreras relevantes, sí lo son la inversión inicial en publicidad (o, en otras palabras, generar identificación por parte de los consumidores); la necesidad de constituir y capacitar una fuerza de venta capaz de “robar” suficientes clientes afiliados a las demás ISAPRES; la necesidad de establecer vínculos contractuales de largo plazo con una red suficientemente amplia de prestadores de manera de intentar obtener condiciones similares a las de las demás ISAPRES (que en muchos casos están integradas verticalmente con los prestadores más importantes)(C. Agostini, E. Saavedra and M. Willington, 2005). La alternativa a este último punto sería pagar a los prestadores por servicio (*fee-for-service*) con la consiguiente desventaja de costos sobre las incumbentes.

La importancia de esta barrera de entrada asociada a la formación de una red de prestadores puede haber aumentado en los últimos años con la creciente integración vertical entre aseguradoras incumbentes y clínicas.¹⁸ En un contexto de competencia imperfecta a nivel de prestadores, la integración vertical puede darle a la aseguradora

¹⁸ Para una descripción detallada de las relaciones de propiedad existentes véase PUCV. 2012. "Mercado De La Salud Privada En Chile," Pontificia Universidad Católica de Valparaíso,

integrada una ventaja de costos sobre las potenciales entrantes en la medida que los precios de transferencia con sus prestadores integrados sean menores que los que puede negociar el entrante.

Más allá de cuál sea la importancia relativa de cada una de las diferentes barreras a la entrada, Agostini et al. realizan un ejercicio empírico que ilustra la importancia conjunta de éstas (C. Agostini, E. Saavedra and M. Willington, 2005). En base a información de trasposos entre las ISAPRES de mercado entre los años 1999 y 2005, computan cuántos afiliados netos ganó la ISAPRE más exitosa de cada mes (es decir, aquélla para la cual la diferencia entre afiliados ganados y perdidos fue mayor). Suponiendo que una potencial entrante pudiera ser mes a mes tan exitosa como la ISAPRE incumbente más exitosa de cada mes (supuesto claramente optimista respecto al posible éxito de la entrante), entonces al cabo de dos años alcanzaría solamente cerca del 7% del mercado y al cabo de cuatro años poco más del 8%.¹⁹

Los importantes costos que implica establecer una nueva ISAPRE (gastos de publicidad, gastos de oficinas, gastos en fuerza de venta, etc.) en un mercado marcado por la cautividad de los afiliados (casi un tercio de los mismos) y las relativamente pobres perspectivas de ganar un mercado lo suficientemente grande como para obtener beneficios económicos han hecho que, al menos en los últimos 15 años, no se haya observado en Chile el ingreso al mercado de nuevas aseguradoras como no sea mediante la adquisición de alguna ya existente. La mayor integración entre aseguradores y prestadores disminuye aún más la probabilidad de que entre a futuro alguna otra.

2.5 Integración vertical Aseguradora-Proveedor

La oferta de prestadores de salud está segmentada de la misma forma que el sistema de seguros. Los prestadores públicos ofertan sus servicios al FONASA y existen prohibiciones de contratación por parte de las ISAPRES de servicios prestados públicamente, salvo algunas prestaciones asociadas a situaciones de emergencia. Los

¹⁹ De acuerdo a la Fiscalía Nacional Económica "no (se) considera tolerable un período de ejercicio de poder de mercado superior a los dos años", y la entrada de un actor capaz de capturar sólo un 7% del mercado no impondría presiones competitivas relevantes FNE. 2012. "Guía Para El Análisis De Operaciones De Concentración," Fiscalía Nacional Económica, Chile, .

prestadores privados ofertan fundamentalmente a las aseguradoras privadas, aunque FONASA ha desarrollado una modalidad de libre elección que recientemente se ha extendido no solo para tratamientos ambulatorios sino que también para algunas cirugías simples. Adicionalmente el FONASA, cuando no puede cumplir con los plazos establecido en el Plan Garantizado de Salud (Plan AUGE) aprobado en la reforma del 2005, contrata con el sector privado. Esto ha llevado a que un número creciente de la capacidad productiva de los prestadores privados sea utilizada por pacientes de FONASA. De acuerdo a Vergara, durante 2010 esta demanda llegó a casi el 40% de la capacidad instalada en el sector prestador privado (Marcos Vergara, 2013).

La legislación vigente establece que las ISAPRES deben ser instituciones de propósito exclusivo. En cuanto al objeto de estas instituciones, el inciso primero del artículo 173 de la Ley 20.015 señala que su objeto exclusivo será *“el financiamiento de las prestaciones y beneficios de la Salud, así como las actividades que sean afines o complementarias a ese fin, las que en ningún caso podrán implicar la ejecución de dichas prestaciones y beneficios ni participar en la administración de prestadores.”* No obstante, las ISAPRE han logrado eludir estas previsiones al argüir que no son ellas las que controlan a los prestadores sino que son las sociedades controladoras a las que éstas pertenecen quienes poseen propiedad en ellos.

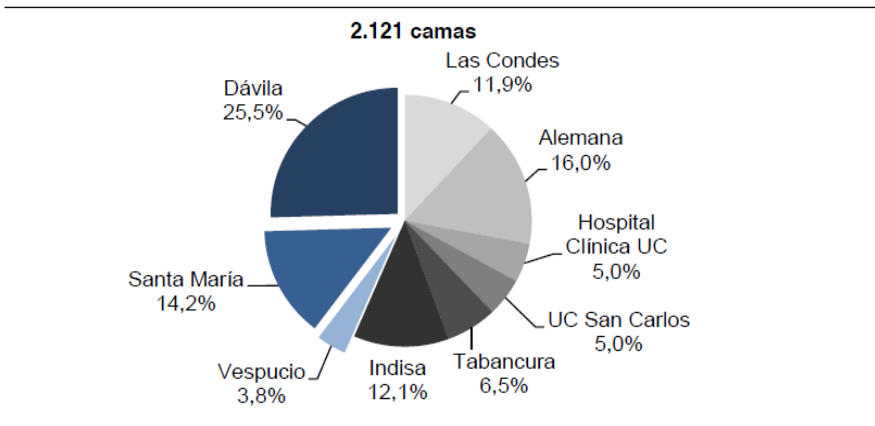
Un aspecto importante de analizar es el grado de integración vertical logrado a través de estas empresas matrices y relacionadas. En la región Metropolitana se puede representar el mercado de clínicas en base al nivel de participación en el total de camas ofrecidas. El Gráfico 6 muestra la distribución de las mismas entre las principales clínicas privadas.

El nivel de concentración es elevado, pero menor que el de las ISAPRES y tiene un fuerte componente regional, dada la naturaleza “no transable” del servicio.

La integración vertical se ha ido profundizando en los últimos años. En la actualidad el Grupo Banmédica, dueños de ISAPRES Banmédica y Vida Tres, controla Clínica Dávila, Santa María y Vespucio, es decir el 43,5% de la oferta de camas de Santiago. Este grupo es además dueño de la Clínica del Mar en la V región y la Clínica del Bio Bio en la VIII región, además de Vida Integra (uno de los principales prestadores ambulatorios), Home Medical Clinic (un prestador de servicios de hospitalización domiciliaria) y Help (un prestador de servicios ambulatorios móviles y de urgencias). Esta integración vertical le

otorga a este grupo una posición dominante en el mercado de seguros y de prestación de salud privada.

Gráfico 6: Distribución de capas por prestador en la Región Metropolitana



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

Fuente: (PUCV, 2012).

Por su parte, la ISAPRE Cruz Blanca recientemente adquirió una participación mayoritaria en la Clínica UC San Carlos y además es dueña de Clínica Reñaca, Clínica San José de Arica y Clínica de Antofagasta. Además es propietaria de Integramédica, el principal prestador ambulatorio privado de Chile, y de otros prestadores ambulatorios en regiones.

La ISAPRE de la Cámara Chilena de la Construcción, Consalud, está integrada verticalmente en Santiago a las Clínicas Tabancura , Avansalud y Bicentenario. En regiones posee las clínicas Magallanes, Iquique, Elqui, Atacama, La Portada, Valparaíso, Curicó, Lircay, Puerto Montt, Hospital Clínico del Sur y Clínica Integral. Además posee la red ambulatoria Megasalud.

La ISAPRE Colmena participa en regiones en la propiedad de las mismas Clínicas en que participa la ISAPRE Consalud.

La ISAPRE Mas Vida, por su parte, participa en Clínica Las Lilas (de la Región Metropolitana) y en la Clínica El Loa, Hospital Clínico de Viña del Mar, Clínica

Universitaria y Clínica Los Andes. Además, co-participa con Consalud y Colmena en Clínica Magallanes en Punta Arenas.

En Santiago quedan como prestadores clínicos privados independientes solo las clínicas Indisa, Alemana y el Hospital clínico de la Universidad Católica. En regiones la oferta independiente es aún menos relevante.

2.5.1 La integración vertical y los incentivos sobre los prestadores

Dejando de lado la restricción legal que existe a la integración vertical y lo inefectiva de esta restricción, es posible analizar desde la perspectiva económica las virtudes y potenciales riesgos de la integración vertical entre aseguradores y prestadores.

La literatura económica que aborda este tema se relaciona, en definitiva, con la que analiza los diferentes esquemas de pagos de aseguradores a prestadores y los diferentes incentivos económicos que se generan dadas las asimetrías de información propias de la relación de agencia médico-paciente y médico-asegurador; y del problema de riesgo moral entre asegurado y asegurador (que se discute en la siguiente subsección). En el centro del problema están los incentivos que se generan a contener costos, no sólo por la potencial sobre-prestación de servicios sino también por el foco que se ponga en actividades preventivas y por la potencial calidad de las prestaciones.

Así, en un contexto contractual de pago por servicio (*fee-for-service*) en que el prestador recibe un pago preestablecido por cada servicio que brinda, el prestador no tiene ningún tipo de incentivo económico a la contención de costos, pudiendo generarse circunstancias de inducción de demanda que llevan a la sobre-prestación de servicios y/o utilización de prácticas poco costo-efectivas. En este contexto sólo el asegurado tiene incentivos a limitar los gastos, pero este incentivo es limitado dada la dificultad natural que tiene para discernir entre los distintos tratamientos o procedimientos que pueden existir y por el hecho de que paga “de su bolsillo” sólo una fracción de los costos totales.²⁰

20 Cuando el asegurado tiene conocimiento similar al del médico (por ejemplo, por ser familiar directo de un médico) o pertenece a grupos con alto nivel de litigiosidad (eg. abogados o sus familiares) el sobre-uso puede ser significativamente menor al de la población general, incluso en intervenciones quirúrgicas (Domenighetti, G.; A. Casabianca; F. Gutzwiller and S. Martinoli. 1993. "Revisiting the Most Informed Consumer of Surgical Services. The Physician-Patient." Int J Technol Assess Health Care, 9(4), 505-13.)

En el otro extremo, se encuentran los mecanismos de pagos capitados, en que el asegurador paga un monto mensual fijo al prestador por cada asegurado o cápita que el prestador se compromete a atender en caso que el asegurado lo requiera. Naturalmente, los incentivos en este esquema son hacia la contención de costos por parte del prestador, pudiendo ésta darse mediante prácticas apropiadas de prevención y utilización de procedimientos costo-efectivos, pero también mediante prestaciones de inferior calidad.²¹

En principio y en términos teóricos, un esquema de integración vertical entre prestadores y aseguradores generaría incentivos similares a los de los pagos capitados ya que el prestador/asegurador, en definitiva, gana cada peso que se ahorre en los tratamientos de sus asegurados. Al mismo tiempo, el potencial incentivo a disminuir la calidad de las prestaciones debiera verse mitigado si el prestador/asegurador enfrenta la posibilidad de que su asegurado opte por otra aseguradora. La integración vertical permitiría, asimismo, un mejor flujo de información respecto a tratamientos asociados a diagnósticos, tasas de uso, etc. que pueden facilitar la contención de costos.

En Estados Unidos, la promoción de los HMOs (*Health Maintenance Organizations*) hacia fines de los 70s fue uno de los caminos mediante los que se buscó limitar el persistente problema del aumento de costos del sector salud.²² Este tipo de organizaciones han sido criticadas por limitar la capacidad de elección de los asegurados (quienes deben concurrir a los prestadores de la HMO) y porque esta limitación, en algunos casos, limitaría el acceso a prestaciones de calidad.

Las potenciales virtudes y defectos de la integración vertical mencionadas deben matizarse cuando se analiza el caso de Chile. En efecto, los incentivos a la contención de costos y a no descuidar la calidad de las prestaciones ya mencionados dependen crucialmente de un supuesto implícito: la demanda por seguro de salud que enfrenta la aseguradora/prestador es sensible a las variables de precios y calidad. Esto puede ser

21 Las descripciones hechas de los mecanismos de pagos y los incentivos que éstos generan son extremadamente simplificadas. En uno y otro caso, existen mecanismos de control y otros arreglos contractuales complementarios (e.g., pagos asociados a diagnósticos) que pueden mitigar los problemas descritos en cada caso.

22 Los HMOs son básicamente organizaciones donde el seguro es propietario de una red de prestadores que acceden a atender (frecuentemente de manera exclusiva) a los afiliados de ese seguro, a cambio de una estructura de remuneraciones fija. Los HMOs no necesariamente integran verticalmente los roles de asegurador y prestador, pero sí dan siempre un rol preponderante a la entidad aseguradora (el HMO), que puede contratar con grupos de prestadores específicos y les impone a éstos ciertos protocolos y procedimientos de control que buscan limitar el gasto.

cierto en EEUU donde las empresas que compran los seguros pueden considerarse “compradores sofisticados”, pero es menos cierto en Chile donde la demanda de seguro la hace el individuo (o la familia), en un marco que puede suponerse de racionalidad limitada dado lo complejo que es un plan de salud con sus múltiples dimensiones; la “moneda” de cada ISAPRE y la infinidad de planes existentes; y los límites a la movilidad entre aseguradoras asociadas a la existencia de enfermedades crónicas.

En el contexto actual de Chile en que la competencia entre aseguradoras no ha funcionado y que existe un creciente escrutinio público sobre las utilidades de las ISAPRES, los riesgos de la integración vertical son evidentes.

En primer lugar, en Chile el mecanismo de pago predominante en el sector prestador privado es el pago por servicio por lo que los aseguradores poseen poco control sobre los costos de prestación. En una situación donde los prestadores trabajan para una clínica cuyos propietarios son también dueños de las aseguradoras, éstos tendrían menos control todavía sobre los costos ya que si existe un sobre-uso de prestaciones las ganancias asociadas quedarían dentro del grupo.

En segundo lugar, ha existido hasta ahora (aunque esto ha sido crecientemente disputado por los Tribunales de Justicia) una relativa libertad de las ISAPRE para aumentar unilateralmente el precio de los planes de salud. La principal razón esgrimida para ello es el mayor uso de prestaciones médicas por parte de los afiliados.²³ Si al mecanismo de pago por servicios se suma la libertad de subir unilateralmente los planes de salud en un contexto de integración, es fácil darse cuenta que resulta perfectamente posible que el sobre-uso de prestaciones inducido por médicos que maximizan sus beneficios, sea aceptado por aseguradoras que pueden pasar ese mayor costo directamente a sus afiliados. Entonces, los médicos maximizarían sus beneficios, las aseguradoras también, así como

23 Un elemento que ha generado también un incremento de costos importantes para las ISAPRE es el Subsidio por Incapacidad Laboral (SIL). Este instrumento, financiado con las contribuciones individuales a la salud y administrado por las ISAPRE busca compensar al trabajador por los días perdidos por enfermedad. Según Benavides et al. el gasto en SIL creció a una tasa anual promedio del 9% en el sector privado entre 1995 y 2010, y del 14% en el público. Una parte importante de este aumento se debe a un diseño inadecuado del SIL y a la existencia de fraude en su utilización. En la sección 3 se presenta una propuesta que busca controlar estos elementos. Benavides, P.; L. González; I. Jones and D. Sugg. 2011. "Subsidios Por Incapacidad Laboral Por Enfermedad Y Medicina Curativa: Estado Actual Y Desafíos," Estudios de Finanzas Públicas. Santiago de Chile, Chile: Dirección de Presupuestos., , ibid.

los grupos que controlan ISAPRE y prestadores. El ajuste recae sobre el eslabón menos informado: el consumidor.²⁴

2.6 Asimetrías de Información

Los mercados de seguros de salud son un ejemplo clásico de mercado plagado de problemas de asimetrías de información: selección adversa, riesgo moral por parte de los consumidores y de los prestadores (inducción de demanda) y descreme de mercado (ex-ante y ex-post) son problemas siempre presentes en los análisis de seguros de salud.

La selección adversa se refiere al hecho que al momento de contratar un seguro, el asegurado podría tener mejor información que el asegurador respecto a su riesgo sanitario, lo que llevaría a que individuos con mayor riesgo compren seguros más generosos en términos de cobertura. Lógicamente, las empresas aseguradoras conocen esta circunstancia y, en definitiva, diseñan los diferentes contratos de seguro teniendo en cuenta esta situación.

La existencia de asimetrías de información genera potenciales problemas de competencia. Por un lado, en un contexto dinámico, puede constituirse en una barrera a la entrada en la medida que un potencial entrante en el afán de atraer clientes de las otras ISAPRES quisiera ofrecer planes con mejor cobertura. En tal caso, y considerando que existen costos asociados al cambio de asegurador, es razonable esperar que quienes más estarían dispuestos a afrontar estos costos de cambio serían quienes más tienen que ganar con los planes más generosos, y ellos serían precisamente los individuos de mayor riesgo. La ISAPRE entrante, en tal caso, tendría una clara desventaja de costos en esta circunstancia (véase (Roman Inderst and Achim Wambach, 2001) para una formalización de este argumento).²⁵

En el contexto de la competencia que pudiera haber entre FONASA e ISAPRES, el efecto de la selección adversa es, en términos teóricos, ambiguo. El hecho que las ISAPRES

24 La propuesta que se detalla en la sección final apuesta decisivamente a generar competencia efectiva entre las aseguradoras, por lo que en tal contexto la integración vertical no sería un problema.

25 Basados en esta intuición Willington y Alegría muestran que en un contexto estático y en la medida que existan regulaciones de prima mínima (como la que existe en Chile), en equilibrio (de Nash) del mercado es perfectamente viable que las empresas obtengan beneficios económicos, aun cuando no haya restricciones al número de firmas (Willington, M. and A. Alegría. 2012. "Collusion in a One-Period Insurance Market with Adverse Selection." *The B.E. Journal of Economic Analysis & Policy*, 12(1), 1935-682.)

ofrezcan en general una mejor calidad en las atenciones, induciría a que quienes más requieran el servicio (los “malos riegos”) tendrían una preferencia por las aseguradoras privadas. Sin embargo, es cierto que, dada una enfermedad muy costosa, los eventuales gastos de bolsillo que puede enfrentar un asegurado del sector privado pueden ser mayores que los del asegurado de FONASA, por lo que en este caso la selección adversa operaría en la otra dirección. Al final de esta sección se discute brevemente la evidencia para Chile respecto a problemas de selección adversa y selección de riesgos.

Los problemas de riesgo moral en el contexto de seguros se refieren al hecho que el asegurado, una vez firmado el contrato de seguro, puede modificar su comportamiento (por ser este no verificable o no contratable) y aumentar la probabilidad de necesitar el seguro. Ello podría ser porque adopta conductas que aumentan su riesgo de enfermedad y/o porque, dado por ejemplo un episodio de enfermedad leve, decide acudir al médico en circunstancias que sin seguro no lo haría. Este fenómeno de riesgo moral del asegurado puede verse agravado por el fenómeno de inducción de demanda, en que el médico induce al paciente a realizarse estudios que no le indicaría si fuera el paciente quien debiera afrontar el costo de los mismos.

Estos problemas de riesgo moral están presentes en todos los seguros de salud del mundo, pero hay circunstancias que pueden agravarlos o mitigarlos. Un mecanismo para mitigar el riesgo moral de los asegurados son los copagos y deducibles que típicamente se incluyen en los contratos de seguros. Al tener que afrontar parte del costo, el asegurado limitará aquellos gastos que pueda considerar superfluos. Obviamente, la utilidad de los copagos y deducibles es limitada por el fenómeno mismo del seguro: en el extremo, si el copago aumenta hasta el 100% del valor de la prestación desaparece el problema del riesgo moral, aunque desaparece también el seguro.

De manera creciente en los últimos años, se ha verificado en Chile un proceso que tiende a agravar el problema del riesgo moral de los asegurados. Se trata de la aparición de los denominados “seguros complementarios”. Estos seguros, típicamente contratados a través de un plan corporativo, brindan al asegurado cobertura complementaria a la de la ISAPRE, permitiéndole recuperar un porcentaje del pago de bolsillo realizado por el

individuo. Lógicamente, ello genera que, en definitiva, los copagos y deducibles que debe afrontar el individuo sean menores y, por lo tanto, mayor el problema de riesgo moral.²⁶

De acuerdo a cifras de la Asociación de Aseguradoras de Chile las primas directas recibidas por compañías de seguros de vida por este tipo de seguros complementarios aumentó de 3.339 miles de UFs en el año 2002 a 9.582 miles de UFs en el año 2011 (de estos valores, aproximadamente el 13% corresponde a contratos individuales y el restante a contratos colectivos) (Asociación de Aseguradores de Chile A.G., 2012). No existen, o al menos los autores no conocen, estudios para Chile que comparen la tasa de uso de los seguros de salud de diferentes individuos según tengan o no seguro complementario de salud. Es interesante notar que en otros países este tipo de seguros complementarios están prohibidos.²⁷

El riesgo moral también puede aplicarse a la conducta de los prestadores, que tienden a sobre-demandar prestaciones, exámenes, etc. A este problema se lo conoce como “inducción de demanda” y existen diferentes mecanismos utilizados para mitigarlo. Por un lado, hay arreglos contractuales entre aseguradoras y prestadores, asociados a mecanismos de pago (por ejemplo, pagos asociados a diagnósticos o capitaciones que trasladan el riesgo hacia el prestador). Por otro lado, existen arreglos del tipo estructural, que pueden conducir a una integración vertical “beneficiosa” o eficiente (por ejemplo, los ya mencionados HMO en Estados Unidos).

En Chile, existen pocos trabajos que abordan empíricamente el fenómeno del riesgo moral. Henríquez, controlando por el problema de endogeneidad asociado a la decisión de tener seguro, encuentra evidencia que el tener seguro privado afecta positivamente la utilización de los servicios de atención ambulatorios pero no de las internaciones (R. Henríquez, 2007). Esto, como bien señala el autor, es consistente con el problema de riesgo moral, pero también lo es con el problema de inducción de demanda por parte de los médicos y con los problemas de racionamiento en las atenciones ambulatorias en el

26 En circunstancias de la acusación de colusión por bajar la cobertura de los planes (de 100/80 en hospitalización y atenciones ambulatorias a 90/70 respectivamente) que realizó la Fiscalía Nacional Económica en el año 2005 en contra de las Isapres más importantes del mercado, éstas argumentaron precisamente que la decisión obedecía a la necesidad de limitar un problema de riesgo moral creciente. Así, los planes 90/70 serían más eficientes y, por lo tanto, podrían ser comercializados a un precio menor que los 100/80 y preferidos por los asegurados.

27 Ver el caso de Suiza en la sección siguiente de experiencia internacional.

sector público. Sapelli y Vial, en base a datos de la CASEN 1996, por su parte, encuentran evidencia de riesgo moral en el caso de los afiliados que son trabajadores independientes (para quienes la afiliación es optativa) (C. Sapelli and B. Vial, 2003). Respecto a las visitas médicas, en promedio los trabajadores asegurados tienen más del doble de las visitas a médicos de los no asegurados, siendo este efecto mayor para quienes están asegurados en FONASA. Por otro lado, Duarte, usando datos de las ISAPRES, estima la elasticidad-precio del gasto asociado a salud, es decir, cuán sensibles son los asegurados a los copagos que enfrentan (F. Duarte, 2011). Por lo tanto, el autor es capaz de medir (de manera indirecta) el riesgo moral y encuentra que las personas no son sensibles a los copagos cuando se enfrentan a experiencias de salud que necesitan de una atención inmediata, como por ejemplo una apendicitis, pero sí lo son cuando deben recurrir a servicios de salud ambulatorios, como visitas al doctor.

Finalmente, el problema de selección de riesgos o “descreme de mercado” se refiere a la capacidad de las aseguradoras para escoger los individuos (o grupos familiares de beneficiarios) de menores riesgos. Esta selección puede darse ex-ante, cuando antes de la firma del contrato de seguro la firma realiza esta selección, o ex-post, cuando la aseguradora es capaz de expulsar a los asegurados de mayor riesgo.

Desde un punto de vista teórico, el primer tipo de selección redundaría en que los individuos que son identificados como de mayor riesgo no podrían contratar seguro con una prima asociada al riesgo promedio de la población sino que lo harían a una prima asociada al propio riesgo (o les sería negada la afiliación). El segundo tipo de selección, más grave desde un punto de vista dinámico, implica que el esquema de seguros anuales renovables no cumpliría con el objetivo de convertirse en un seguro de largo plazo ya que aquéllos individuos cuyo riesgo futuro aumenta –por ejemplo debido a alguna condición crónica– serían expulsados del sector privado (o su prima ajustada según su nuevo riesgo).

En Chile, la regulación existente permite y, en alguna medida, incentiva a las ISAPRES a practicar ambos tipos de selección de riesgo. Por un lado, por el hecho de no poder fijar precios discriminatorios por las variables observables de riesgo (lo que se ha agravado con las restricciones impuestas a las diferencias de precios por edad y sexo) las ISAPRES tienen el incentivo a atraer a individuos de menor riesgo y un mecanismo para hacerlo es

negando la afiliación según sean los antecedentes de salud de los potenciales beneficiarios del seguro y/o limitando la cobertura por enfermedades preexistentes.

Por otro lado, respecto al desceme ex-post, los incentivos a realizarlo surgen de la diferencia entre lo que la aseguradora percibe en términos de prima por un afiliado de “riesgo alto” y lo que éste le cuesta. Así, una persona que desarrolla una enfermedad crónica puede pasar a representar una pérdida casi segura año tras año para la aseguradora. La habilidad para practicar el desceme se relaciona con la capacidad que tienen las aseguradoras de subir cada año los precios de los planes y de hacerlo diferenciadamente por plan, alterando los precios relativos. De esta manera, si en algún plan se hubieran agrupado un número relativamente importante de “malos riesgos”, la ISAPRE podrá subir el precio de este plan en una mayor proporción que a los demás planes. En un contexto donde las ISAPRE pueden crear planes de salud a su antojo y subir sus precios unilateralmente, el desceme se facilita notablemente: basta con crear planes de salud que separen a los afiliados relativamente riesgosos del resto y, posteriormente, subirles el precio hasta que elijan “voluntariamente” irse a FONASA.

De acuerdo a información estadística de la Superintendencia de Salud, cada plan “activo” (es decir, activamente comercializado) tiene en promedio 33 cotizantes, en tanto que los demás planes vigentes pero no activamente comercializados tienen un promedio de 28 cotizantes. Incluso sin estudiar exhaustivamente estos planes (tarea por lo demás imposible ya que son miles) resulta evidente que las diferencias entre muchos de ellos deben ser ínfimas y que la única justificación para tener planes tan similares y con tan pocos afiliados en ellos es, solamente, la selección de riesgos.

Lamentablemente, la evidencia empírica para Chile respecto a la relevancia de los problemas de selección adversa y de desceme es escasa, más allá de las observaciones realizadas sobre la proliferación de planes. Existen varios trabajos que estiman la probabilidad de que los individuos estén en FONASA o en alguna ISAPRE como función de variables tales como el ingreso, la edad, sexo, estado civil y alguna variable asociada al estado de salud. Sapelli y Torche basándose en información de las encuestas CASEN de 1990 y 1996 encuentra que esta última variable (medida en este caso como hospitalizaciones) tiene un efecto negativo en la probabilidad de estar en una aseguradora privada (Claudio Sapelli and Arístides Torche, 2001). Sapelli y Vial en tanto, encuentran

evidencia de selección adversa al comparar las opciones de comprar o no comprar seguro para los trabajadores independientes (C. Sapelli and B. Vial, 2003). Respecto de los trabajadores dependientes, encuentran que existe selección adversa en contra del seguro público en lo que hace a hospitalizaciones, pero no respecto a visitas médicas generales.²⁸ Consistentemente, Henríquez, en base a datos de la Casen del año 2000, muestra que el estado de salud auto-reportado incide positivamente en la probabilidad de tener un seguro privado; más aún, el tener alguna limitación funcional (lo que se asocia a problemas de salud de más largo plazo) tiene un efecto negativo y significativo en la probabilidad de tener seguro privado (R. Henríquez, 2007).

Agostini et al. en base a datos de la CASEN 2003, encuentran un resultado similar al utilizar la variable de estado de salud auto-reportado. Asimismo, estos trabajos encuentran también que la variable de edad incide negativamente en la probabilidad de estar afiliado a una ISAPRE. Ambos resultados apuntarían a que los problemas de selección de riesgo y/o de descreme dominan de alguna manera a una posible selección adversa (Claudio A. Agostini et al., 2011).²⁹

En definitiva, la existencia de numerosas fallas de mercado y las deficiencias regulatorias existentes en el caso chileno indican que los beneficios positivos de la competencia sobre los que se basa la existencia del sector privado de aseguramiento de salud, no sólo no se alcanzarían sino que con el diseño actual se producirían resultados indeseables sobre la eficiencia (e incluso la equidad).

En la próxima sección se revisa la experiencia de tres países (bien diferentes entre ellos) y de cómo en estos países se controlan (de manera más o menos efectiva) los problemas que se identificaron para el caso chileno. Este ejercicio sirve de base para la realización de una propuesta de reforma que mejore la situación actual en el mercado de seguros de salud en Chile.

28 Estos efectos son adicionales al hecho que los afiliados al sistema público tienen mayores tasas de utilización asociadas a variables observables como la edad y el sexo. Es decir que, aun controlando por las diferencias observables, existe esta mayor utilización en hospitalizaciones del seguro público.

29 Idealmente, para evaluar el fenómeno de selección adversa sería necesario tener información más detallada respecto a la elección de cobertura de los individuos y su nivel de siniestralidad ex-ante y ex-post a la elección de la cobertura.

3 Experiencia internacional en aseguramiento privado

La existencia de seguros de salud privados obligatorios dentro del sistema de seguridad social no es algo infrecuente en el mundo desarrollado, aunque no son comunes los sistemas donde co-existen seguros privados obligatorios con seguros públicos obligatorios (donde los beneficiarios deben optar por uno u otro). En cambio, existen países donde el aseguramiento principal en salud está brindado por privados que compiten, en mayor o menor medida, por los asegurados. Estos sistemas se conocen como “*Consumer-driven Health Care*” (CDHC) y se caracterizan por dejarle cierta libertad al comprador de seguros a la hora de elegir seguros y, en menor medida, póliza.

Se describen a continuación tres países con sistemas basados en este principio. Dos de ellos, Suiza y Holanda, son modelos relativamente “puros” de CDHC, mientras que el restante, EE.UU., representa un caso más restringido de elección individual. En los tres casos, se discute cómo se controlan los problemas usuales de información existentes en los mercados de seguros (riesgo moral, selección adversa, descreme, etc.) y cómo se organizan los distintos agentes para contener costos.

3.1 El caso de EE.UU.

Dentro de los sistemas de aseguramiento con fuerte presencia de seguros privados, el más estudiado y discutido en la literatura es el de EE.UU. En este caso el aseguramiento privado es voluntario o es contratado por el empleador, que negocia a nombre de sus trabajadores contratos con las aseguradoras. En este último caso, la prima negociada es comunitaria (basada en el riesgo promedio de la cartera que el empleador negocia con el seguro), mientras que en el caso del aseguramiento voluntario es individual.

El comprador de seguros es, de esta manera, distinto en ambos casos. Mientras en el caso del seguro voluntario es un individuo el que elige aseguradora y plan (con los consiguientes problemas de selección adversa, selección de riesgos, etc.), en el otro es el empleador (que puede acercar al asegurador unos pocos beneficiarios o miles de ellos) el que negocia con el seguro. De acuerdo a Austin y Hungerford casi el 60% de la población de EE.UU. se encuentra asegurado a través de su empleador, mientras que el 9% se

encuentra afiliado voluntariamente y de manera individual (el resto está afiliado a través de programas federales, como Medicare y Medicaid, o no posee seguro) (D. A. Austin and T. Hungerford, 2009). Incluso, en empresas con más de 500 empleados, el 82% de las mismas elige asegurar internamente y administrar el seguro de salud, asumiendo los costos administrativos y los riesgos de manera interna. El número de planes alternativos ofrecidos a los trabajadores varía según el tamaño de las empresas. El 87% de las empresas con menos de 200 trabajadores ofrece solamente un plan de salud, mientras que entre las que tienen más de 200 trabajadores, el 55% ofrece sólo un plan de salud y el 36% ofrece dos planes (The Kaiser Family Foundation, 2009).

De esta manera, el “*Consumer-Driven Health Care*” es realizado por agentes con distintos poderes de negociación frente a las aseguradoras. Sin embargo, incluso en el caso de los seguros contratados por los empleadores, se ha demostrado que las aseguradoras son capaces de incrementar los precios de los planes colectivos para las empresas que han tenido un shock positivo en su rentabilidad anual. Dafny muestra que las aseguradoras son capaces de realizar discriminación positiva de precios y aumentar las primas comunitarias a empresas con incrementos de beneficios, aunque esto se da sólo en contextos donde el mercado se aleja de las condiciones competitivas (Leemore S. Dafny, 2010). Debido a que los mercados de seguros son regionales y que la concentración de aseguradoras varía de un mercado a otro, puede darse que incluso una empresa que opere en diferentes mercados reciba un tratamiento diferente por parte de una aseguradora. En mercados donde existe un número importante de competidores, las posibilidades de realizar esta discriminación son menores. Por el lado de las empresas que negocian las primas anuales con las aseguradoras, es posible demostrar que son renuentes a cambiar de aseguradoras en presencia de shocks positivos a sus beneficios, debido a que están menos dispuestas a que sus trabajadores afronten los *switching costs* de ese movimiento (Leemore S. Dafny, 2010).

En términos de concentración de mercado, un punto claro para Dafny (2010) a la hora de explicar la discriminación de precios, Austin y Hungerford (2009) reportan importantes niveles de concentración a nivel regional, con niveles de HHI por encima de 1800 para el 94% de las áreas metropolitanas. Gaynor y Town encuentran también evidencia de un aumento en la concentración de aseguradoras y, sobre todo, de hospitales.

Sin embargo, no son claras las razones detrás de la tendencia a la mayor concentración. Según estos autores, no son las economías de escala lo que explica esta tendencia (ya que, de acuerdo a estudios actuariales que reportan, un pool de 25.000 afiliados ya alcanza las economías de escala) ni el aumento de planes de *managed care* (aunque esto puede explicar algo, pero no mucho, de la mayor concentración). Los autores sostienen que la mayor concentración puede estar causada por la necesidad de aumentar el poder de negociación ante prestadores (sobre todo hospitales) que han ido concentrándose, el aumento de las barreras a la entrada a partir de gastos en publicidad cada vez mayores, el aumento de costos de búsqueda y *switching costs* entre los consumidores (individuales y colectivos), etc.

Ante el incremento sostenido en los costos del sistema sanitario, ha existido una preocupación evidente por parte de las aseguradoras de mantener los costos de prestación controlados. Esto ha llevado a la proliferación de estructuras que integran en mayor o menor grado a aseguradoras y prestadores. La mayoría de los asegurados se encuentran en las llamadas organizaciones de cuidado administrado (*managed care organizations*) que poseen ciertas características diseñadas para controlar costos y manejar el uso de servicios de salud de manera prospectiva (B. Fernandez, 2008). Entre ellas se encuentran el acceso restringido a ciertos prestadores; la existencia de “porteros” (*gatekeepers*) como paso necesario para acceder a especialistas; la coordinación de cuidados para personas con condiciones especiales (*disease management*) y la autorización previa para la hospitalización (*pre-certification*).

Dentro de estas características, dos tipos de organizaciones han sido las más comunes. Las *Health Maintenance Organizations* (HMO) fueron las más comunes hasta los 1990s y, básicamente, consisten en aseguradores integrados verticalmente con los prestadores a los que se les paga, generalmente, mediante salarios. Las *Preferred Providers Organizations* (PPO) han incrementado paulatinamente su importancia y, a fines de los 1990s ya eran más numerosas que las HMO (hacia 2009 concentraban el 60% de los beneficiarios tendiendo a ser más importantes en las firmas de mayor tamaño; (The Kaiser Family Foundation, 2009)). Éstas consisten en aseguradoras que poseen una red de prestadores preferenciales con los que acuerdan bonificaciones para los afiliados (fijando el monto de copagos que éstos deben afrontar). Éstos pueden utilizar prestadores fuera de la red (una

opción que rara vez se encuentra en las HMO y que las vuelve menos deseables para ciertos usuarios) pero a un costo superior.

En el caso de EE.UU. la selección adversa se encuentra controlada principalmente mediante la afiliación de carteras relativamente grandes al interior de empresas. Dichos afiliados poseen características diferentes (eg, sexo, edad, tipo de trabajo, etc.) y al estar vinculados a un empleador que negocia por ellos de manera conjunta se eliminan los incentivos a la selección adversa (que es un problema, básicamente, individual). En el caso de afiliados individuales, este problema persiste y por ello las aseguradoras ajustan las primas a nivel individual de acuerdo a características observables.

No obstante lo anterior, son conocidos los problemas de cobertura que existen en EE.UU. Durante 2006, alrededor del 16% de la población (unos 47 millones de habitantes) no tenía seguro de salud (B. Fernandez, 2008) Este alto porcentaje de personas sin seguro (relativamente constante durante el último tiempo) ha sido concomitante con un crecimiento importante del gasto total en salud, muy por encima del resto de los países desarrollados: durante 2011, alcanzó al 17,9% del PIB.

3.2 El caso de Holanda

El sistema de aseguramiento holandés está dividido en tres compartimentos o pisos. El primero, obligatorio y universal, es para el aseguramiento de enfermedades crónicas y potencialmente catastróficas, tales como el cuidado de personas discapacitadas, con incapacidades congénitas, problemas mentales, etc. Este seguro se financia por contribuciones asociadas al ingreso, es administrado por oficinas específicas independientes de las aseguradoras que determinan si el paciente es elegible para estos tipos de cuidado y cuál es mejor en su caso. El costo para el paciente está relacionado a su capacidad de pago y el beneficiario puede elegir el asegurador.

El segundo piso incluye aseguramiento básico (la diferencia con el primer piso es que aquél cubre “cuidado” mientras que el segundo piso cubre “curación”) y también es universal y obligatorio.³⁰ Los beneficiarios pagan una cantidad nominal fija a una

³⁰ Este seguro básico incluye atención ambulatoria realizada por médicos generales, especialistas y hospitales; internación hospitalaria; atención dental hasta los 22 años (y cierta atención dental para adultos mayores);

aseguradora de su elección que estima dicha prima en función del riesgo general (*community-rated premium*). Las aseguradoras no pueden seleccionar riesgos (al menos de manera explícita) y deben asegurar a todos aquellos que lo soliciten. Existe un deducible obligatorio para este seguro de unos 155 euros anuales, el cual no puede ser cubierto por el seguro voluntario (de “tercer piso”). Los beneficiarios pueden elegir entre un paquete que entrega beneficios “en especie”, donde no deben pagarle al prestador pero tienen elección limitada de prestadores (contratados por las aseguradoras); o reintegros, donde pagan la atención directamente y piden el reintegro por parte de la aseguradora, beneficiándose con libre elección de prestadores. Recientemente, se han introducido planes mixtos con posibilidad de reintegro con prestadores propios (a un costo menor). De esta manera, la elección individual se da en el plan de seguro (dentro del aseguramiento básico se puede elegir si los beneficios son “en especie” o reintegro), en el deducible voluntario (por encima de los 155 euros, los consumidores pueden elegir cuánto aseguran de los posible copagos) y en la aseguradora (pueden cambiarse una vez al año).

Adicionalmente a esta prima nominal, el empleador paga una prima relacionada con el ingreso del trabajador que va directamente a un fondo de compensación de riesgos para todas las aseguradoras. Éstas, algunas de las cuales son con fines de lucro, tienen la facultad de contratar con los prestadores precios, cantidades y calidades de prestaciones incluidas en el seguro.

Finalmente, el último compartimento es aseguramiento voluntario complementario en prestaciones o niveles de calidad (eg, hotelería) no cubiertas por el aseguramiento de segundo piso. Usualmente, las aseguradoras ofrecen este seguro voluntario en combinación con el seguro básico (segundo piso) pero no pueden negarse a vender planes complementarios a personas que tengan el seguro básico con otras aseguradoras.

Las actividades preventivas a nivel poblacional no son de responsabilidad de ninguna aseguradora sino que están financiadas por impuestos generales.

accesorios médicos (eg, ortopedia, audífonos, etc.); medicamentos; atención maternal y post-parto; transporte de enfermos (eg, ambulancia, taxi, etc.); ciertos cuidados adicionales (eg, fisioterapia, fonoaudiología, etc.); atención mental ambulatoria e internación (sólo el primer año, luego es cubierta por el seguro de primer piso); etc.

Hacia 2010, el mercado de aseguradoras en Holanda tenía un HHI de 2111 (equivalente a un mercado con 5 firmas que se reparten igualmente el mercado), y aumentó fuertemente desde los 1346 puntos que tenía en 2005 (M. Gaynor and R. Town, 2011).

Los prestadores son independientes de las aseguradoras y son pagados de acuerdo a diferentes esquemas. Los médicos generales reciben una combinación de cápita y pago por servicio (*fee-for-service*) y las personas son libres de registrarse con cualquier médico generalista (aunque una vez registrados deben atenderse con ese). Los hospitales e instituciones de salud mental reciben sus ingresos de acuerdo a un sistema llamado de “Diagnóstico y Tratamiento” (una especie de pago asociado a diagnóstico), mientras que los cuidados de largo plazo se remuneran según paquetes de intensidad en el cuidado, independientemente determinados para cada paciente (fuera de las aseguradoras).

Los médicos generales son la puerta de entrada al sistema (*gatekeepers*) y son muy efectivos en controlar el ingreso a etapas posteriores (especialistas –excluyendo matronas y dentistas- y atención secundaria). De acuerdo a Schäfer et al. sólo el 4% de los contactos con médicos generales termina en una derivación a especialistas y hospitales (W. Schäfer et al., 2010). Una vez derivados, los pacientes tienen la posibilidad de elegir hospitales.

Los hospitales son corporaciones privadas sin fines de lucro (hay algunos pocos hospitales públicos y algunos casos “pilotos” que reparten beneficios limitados a sus dueños, aunque esto está muy controlado por el Estado). El número de hospitales ha caído en los últimos años (pasó de 117 en 1997 a 94 en 2010), aunque ha subido el número de clínicas (sin internación), de 37 en 2005 a 184 en 2010 (M. Gaynor and R. Town, 2011). La mayor concentración de hospitales ha sido reportada como una causa de incrementos de precios negociados entre hospitales y aseguradoras, siendo estos incrementos mayores mientras mayor es la concentración de hospitales y menor es la concentración de aseguradoras (M. Gaynor and R. Town, 2011).

3.3 El caso de Suiza

El sistema de salud suizo, de larga tradición liberal, considera a la elección individual (con límites) como uno de los pilares en su organización. Además y de acuerdo a su sistema federal, define claramente las competencias del gobierno federal, de los cantones y de las

municipalidades. Al primero le corresponden materias vinculadas a temas de salud pública (que tienen carácter de bienes públicos) como la erradicación de enfermedades infecciosas, la promoción de la vida sana, la generación de estadísticas, etc. Además, le corresponde la regulación del mercado de aseguramiento. A los gobiernos cantonales les corresponde fundamentalmente la regulación de los prestadores primarios (otorgamiento de licencias, permisos, etc.) y la provisión de atención secundaria y terciaria. La mayoría de los cantones poseen hospitales que operan directamente, mientras que otros subsidian hospitales no cantonales. Adicionalmente, existen clínicas que no reciben subsidio alguno ni intervención cantonal. A los gobiernos municipales les corresponde la provisión de ciertos servicios terciarios como el cuidado domiciliario, la atención mental comunitaria, etc.

El aseguramiento es obligatorio para todos los habitantes de Suiza y la prima es común al interior de cada compañía y de cada cantón. Hasta 1996, el riesgo era ajustado individualmente pero los problemas usuales de selección de riesgo llevaron a adoptar el sistema de primas comunitarias. La elección de aseguradora es completamente libre, se pueden realizar cambios de aseguradora dos veces al año y éstas no pueden negar cobertura de seguro obligatorio a ningún postulante. La competencia entre las aseguradoras en el seguro obligatorio está dada en la prima comunitaria ofrecida, en el monto de los deducibles y en el tipo de red que se le ofrece al afiliado (cerrada, tipo HMO, o abierta). Existen incluso planes que reducen la prima pagada si en un determinado plazo (5 años) el uso de prestaciones es bajo.

No está permitido competir en cobertura ya que el paquete se encuentra fijado por el gobierno federal. La prima ofrecida por las aseguradoras es auditada por el gobierno federal que puede forzar a reducirla si la encuentra muy alta. Para evitar que las aseguradoras con peor cartera se vean penalizadas (e, indirectamente, seleccionen riesgos) existe un mecanismo de compensación entre aseguradoras administrado por el gobierno federal.

Existen subsidios a nivel federal y cantonal para beneficiarios cuyas primas de seguro resultan altas en relación a sus ingresos. Los cotizantes pueden elegir entre planes con distinto precio aunque ese precio (auditado por el gobierno federal) va a depender del deducible que los cotizantes elijan. En la medida en que elijan un deducible mayor, el

precio del plan será menor. Adicionalmente, existe un copago del 10% en todas las prestaciones cubiertas por el seguro obligatorio, aunque el monto total de copagos anual está sujeto a un límite superior.

Adicionalmente a la cobertura obligatoria, existe la posibilidad de contratar aseguramiento complementario de manera voluntaria. Éste aseguramiento (que hacia el año 2000 era tomado por 1 de cada 4 habitantes) cubre ciertas prestaciones no cubiertas en el paquete obligatorio (e.g., mejor hotelería, elección de ciertos médicos, gastos dentales o de medicamentos distintos a los cubiertos por el seguro obligatorio, etc.), aunque no puede cubrir los gastos de bolsillo (e.g., copagos) incurridos en el uso de prestaciones cubiertas por el seguro obligatorio. Usualmente, las primas de los seguros voluntarios tienen un ajuste de riesgo individual y no existen incentivos tributarios para que se compre este seguro complementario.

Hacia 1993 existían 207 aseguradoras ofreciendo el seguro de salud, mientras que hacia 1997 el número había caído a 130, de las cuales el 71% tenía *pools* de menos de 10.000 personas (representando al 3.2% de la población total), mientras que las 15 compañías más grandes tenían *pools* superiores a las 100.000 personas (representando al 85% de la población). Hacia 1999 el número de aseguradoras había caído a 109 (European Observatory on Health Care Systems, 2000). En 2010 el número de aseguradoras había caído a 81 (Office Fédéral de la Santé Publique, 2012). La presencia de aseguradoras en cada cantón es relativamente alto. En 2003, el cantón con menos aseguradoras tenía 51 (R. E. Herzlinger and R. Parsa-Parsi, 2004). No parecen existir economías de escala detrás del proceso de concentración de la industria aseguradora: según Herzlinger y Parsa-Pari, hacia el año 2000 los costos administrativos por beneficiario para las aseguradoras con menos de 1000 afiliados eran de 80 dólares, mientras que para las que tenían 1 millón de afiliados eran de 78 dólares (R. E. Herzlinger and R. Parsa-Parsi, 2004).

A menudo, las aseguradoras se han nucleado en asociaciones cantonales o inter-cantonales a fin de negociar con mayor éxito el precio de las prestaciones. Éstas son realizadas por diferentes agentes, según el tipo de atención. La atención ambulatoria es realizada por médicos generales independientes (la mayoría de ellos trabajando en consultorios individuales). Poco más de la mitad son médicos generales y el resto especialistas. Los pacientes tienen libre acceso tanto a médicos generalistas como especialistas, a menos que

tengan planes de aseguramiento (obligatorio) que restrinjan el acceso a médicos señalados por la aseguradora. Los médicos reciben un pago por servicio (*fee-for-service* aprobado por el gobierno federal, con vigencia en toda Suiza y negociados anualmente entre las asociaciones profesionales y las aseguradoras) aunque las aseguradoras ejercen un control estricto sobre los prestadores y, si demuestran que éstos han abusado de su posición (eg, viendo más veces de lo necesario a un paciente, recetando en exceso medicamentos, etc.), pueden pedir que paguen de su bolsillo los tratamientos excesivos. Según Schwartz, alrededor del 3% de los médicos recibe auditorías exhaustivas de las aseguradoras y el 1% debe devolver dinero. A pesar de lo bajo del número parece funcionar como un disciplinador efectivo (N. Schwartz, 2009).

A nivel hospitalario, existen hospitales públicos y privados (con fines de lucro y sin fines de lucro). Los primeros son manejados por cantones, asociaciones de municipalidades, municipalidades individuales y fundaciones privadas. Estos hospitales reciben subsidios federales. Los hospitales privados no reciben subsidios públicos y se financian con los pagos de las aseguradoras y de los pacientes. El pago a los hospitales es, usualmente, un *per diem* negociado entre hospitales individuales o asociaciones de hospitales, a nivel cantonal. Para los servicios no cubiertos por el seguro obligatorio el *per diem* es más alto que para los cubiertos por el seguro obligatorio, pero es claro, conocido y se realiza en detalle por ítems. El pago a los médicos y personal no médico trabajando en hospitales es a través de un salario.

A continuación se presenta un cuadro comparativo con las principales características discutidas de los tres sistemas presentados. En la tabla se hace expresa referencia a los tipos de problemas y tópicos discutidos para el caso chileno.

Tabla 5: Sistemas de aseguramiento de salud de EE.UU., Holanda y Suiza

Indicadores/Países	EE.UU.	Holanda	Suiza
Gasto total en salud (% del PIB) (*)	17,9% (2011)	12% (2011)	10,9% (2011)
Gasto financiado por privados (% del PIB) (*)	9,7% (2011)	1,7 % (2011)	3,8% (2011)
Gasto financiado por el Estado (% del PIB) (*)	8,2% (2011)	10,2% (2011)	7,1% (2011)
Gastos de bolsillo (% gastos totales en salud) (**)	12,3% (2010)	5,5% (2010)	25,2% (2010)
Población asegurada	El 85% de la población posee algún tipo de seguro. El 15% no tiene seguro de salud	Todos los que habitan en el país, más los holandeses que residen en el exterior.	Todos los que habitan en el país, incluido extranjeros que residen más de tres meses
Aseguramiento obligatorio/voluntario	Aseguramiento voluntario, aunque existen incentivos tributarios a empleadores para que ofrezcan aseguramiento a sus trabajadores. Programas federales/estatales ofrecen seguros a adultos mayores (Medicare) e indigentes (Medicaid).	Aseguramiento obligatorio para enfermedades crónicas de alto costo. Aseguramiento obligatorio mediante un plan básico garantizado. Aseguramiento voluntario en prestaciones no cubiertas por seguros obligatorios.	Aseguramiento obligatorio mediante un plan básico de salud que cubre atención ambulatoria, hospitalización, ciertos tratamientos dentales, etc. Posibilidad de contratar seguros complementarios (que no pueden cubrir copagos de prestaciones cubiertas por el seguro obligatorio)
Elección de aseguramiento	El seguro es elegido por el empleador. Sólo en empresas grandes los trabajadores pueden elegir entre varios planes.	El seguro obligatorio de segundo piso es de libre elección y el voluntario de tercer piso también.	El seguro obligatorio es de libre elección y el voluntario también.
Planes disponibles	Existen planes "cerrados" donde el afiliado debe atenderse en clínicas de propiedad de los seguros (HMO). Adicionalmente, existen planes donde el afiliado tiene mayor elección pero dentro de una red de prestadores preferenciales (PPO). Si eligen prestadores fuera de la red, el copago es mayor	Para el seguro obligatorio de segundo piso existen planes "en especie" donde el afiliado sólo paga el copago, aunque tiene elección limitada de prestadores; o planes "de reintegro" donde el afiliado paga toda la consulta/prestación y el seguro reintegra una parte (a cambio de mayor elección en los prestadores). Recientemente, se han introducido planes mixtos con una mezcla de ambos (y menor costo).	Existe posibilidad de elegir diferentes planes obligatorias (todas cubren la misma) eligiendo el monto del deducible (a mayor deducible, más barato es el plan) o el tipo de red a la que se accede (cerrada, tipo HMO; o abierta). Existen planes en los que el precio baja de acuerdo a la intensidad de uso.

(*) World Bank Dataset; (**) OECD Health Data 2012

Indicadores/Países	EE.UU.	Holanda	Suiza
Estructura mercado de seguros	Aseguradoras privadas que actúan en mercados regionales (algunas de ellas tienen alcance nacional). El número de aseguradoras ha caído fuertemente en los últimos años y el nivel de concentración en la mayoría de los mercados regionales es alto (HHI superior a 1800 para el 94% de los centros urbano grandes).	Aseguradoras privadas. El grado de concentración es alto (HHI mayor a 2100) para las aseguradoras de segundo piso.	Aseguradoras privadas, con presencia cantonal y/o nacional. El número de aseguradoras ha caído fuertemente en los últimos años, aunque se descarta la existencia de economías de escala como causa de ello. El cantón que menos aseguradoras posee, tenía 51 (2003).
Relación seguro-prestadores	Prestadores son asalariados en planes HMOs. Son independientes en planes PPOs pero con pagos por prestaciones convenidos.	Los seguros negocian con asociaciones de médicos generalistas o especialistas. Los hospitales son pagados por eventos y el precio es negociado con los seguros. Los seguros no poseen centros de prestación de servicios médicos.	Los seguros negocian con asociaciones de médicos generalistas o especialistas. Los hospitales son pagados por servicios y el precio es negociado con los seguros. Los seguros no poseen centros de prestación de servicios médicos.
Tratamiento de gastos out-of-pocket (OOP)	A cargo del afiliado	A cargo del afiliado. No es posible contratar seguros que los cubran.	A cargo del afiliado. No es posible contratar seguros que los cubran. Subsidios federales y cantonales para los que no puedan cubrirlos.
Selección de riesgos asegurador	Para seguros contratados por empleadores, las aseguradoras cargan una prima comunitaria. Para seguros individuales, la prima es individual.	Para seguros obligatorios la prima es comunitaria y es ilegal negar cobertura. Para seguros voluntarios la prima es individual y no es obligatorio para el asegurador afiliarse a los postulantes.	Para seguros obligatorios la prima es comunitaria y es ilegal negar cobertura. Para seguros voluntarios la prima es individual y no es obligatorio para el asegurador afiliarse a los postulantes.
Manejo de riesgos prestador	Los prestadores son asalariados o reciben un pago por servicio, por lo que no tienen incentivos a deshacerse de los riesgos altos.	Los médicos generalistas reciben una mezcla de cápita y pago por servicio. No tienen incentivos a seleccionar riesgos. La tasa de derivación (a especialistas) es muy baja (alrededor del 4%).	Los médicos generalistas y especialistas reciben un pago por servicio fijado a nivel nacional. Lo mismo para hospitales. Los seguros controlan el número de prestaciones y en caso de irregularidades sancionan al prestador. No existen incentivos para la selección de riesgos.
Riesgo moral	Bajo. Existen co-pagos, deducibles y límites anuales.	Bajo. Los afiliados deben pagar los co-seguros y no pueden asegurarse contra ellos. Existe un deducible obligatorio.	Bajo. Los afiliados deben pagar los co-seguros y no pueden asegurarse contra ellos. Existe un deducible obligatorio cuyo monto el afiliado puede elegir (con restricciones).
Ajuste de riesgos de primas	Inexistente	Muy sofisticado. Mecanismos de ajustes ex-ante (numerosas variables biológicas y socio-económicas son consideradas) y ex-post	Mecanismos de ajustes ex-ante, basado en sexo y edad de los afiliados

4 Propuesta de reforma al mercado de seguros de salud

Los principales problemas que enfrenta el sistema de aseguramiento privado en Chile han sido mencionados y analizados en la sección 2, mientras que en la sección 3 se ha descrito cómo algunos de estos problemas son tratados en sistemas de aseguramiento que comparten con Chile la idea de dejar que sea el consumidor el que elija el seguro (aun cuando en Chile no siempre el consumidor puede hacerlo).

Dados los problemas existentes en el sistema privado de aseguramiento y la creciente incertidumbre sobre la legalidad de las bases sobre las que se asienta su funcionamiento (discriminación por características personales, manejo unilateral de precios, etc.) es necesario pensar en alternativas al sistema actual. Las propuestas que se detalla en los próximos párrafos recogen algunos elementos planteados en la propuesta formulada por la mayoría de la Comisión Presidencial de Salud (comisión creada ad-hoc el año 2010 para estudiar alternativas de reforma al sistema), en particular la creación de un Plan Garantizado de Salud, modifica otros y plantea aspectos complementarios adicionales. Aunque son varias las propuestas, han sido pensadas para ser analizadas de manera integral.

4.1 Plan Universal Mínimo Garantizado de Salud (PUMGS)

El elemento central de la propuesta es la definición de un Plan Universal Mínimo Garantizado de Salud (PUMGS). Se define a partir de un conjunto de enfermedades GES y no GES y tipos de prestaciones relacionadas; prestaciones preventivas de salud; copagos y precios máximos por prestación. Dentro de este plan se incluye un “seguro catastrófico” cuya operación se activa cuando se supera un monto total de copagos al año del grupo familiar. Este monto se define en función del ingreso imponible del grupo familiar.

Este plan fija un piso para la cobertura que tendrá toda la población (de ahí su carácter de universal) y su costo promedio sería calculado y monitoreado por un organismo supervisor. Pueden pensarse en varias alternativas del PUMGS disponibles al público y cuya diferencia sea la combinación prima/copagos, aunque debieran existir al menos dos

versiones: una con copagos iguales a cero disponibles para indigentes y grupos de ingreso bajo; y otro con copagos positivos para el resto. El PUMGS para todos los grupos (con copagos y sin copagos) debería incluir ciertas prestaciones preventivas con un copago cero o reducido, según el grupo.

4.2 Costos Promedio y Prima

La autoridad supervisora calcularía el costo global del plan para la población completa (G) y también el costo esperado por asegurado para cada uno de los diferentes “grupos de riesgo” que se definan (g_i). Los grupos de riesgo para este fin se definirían a partir de variables tales como edad, sexo, región, tipo de ocupación, nivel educativo, etc. Adicionalmente, se considerará para estimar el costo esperado el nivel de deducibles elegidos (cero, medio y alto, por ejemplo), los ingresos del grupo familiar (necesario para estimar probabilidad y magnitud de uso del seguro catastrófico), etc.

Si bien el PUMGS cubre a toda la población residente en el país podría pensarse en que existan precios diferentes para distintos grupos etáreos. Así por ejemplo, podría pensarse en esquemas donde los menores de 18 años obtienen el PUMGS de manera gratuita. Alternativamente, podría implementarse un sistema donde los menores de 0 a 8 años lo obtienen de manera gratuita, los de 9 a 19 lo obtienen a un precio inferior al de los mayores de 19.

De esta manera el costo global del PUMGS (G) dividido por el número de asegurados que pagan el precio completo (e incorporando de manera ponderada a los menores que pagan una fracción del costo) define el valor de la prima (P). Este diseño (cubriendo el costo de los menores de edad de manera solidaria) podría tener efectos indirectos, aunque permanentes, sobre la tasa de natalidad.

4.3 Asegurados y Cobertura

La población asegurada se podría dividir en tres grupos: i) Menores (o grupos subsidiados); ii) personas indigentes; iii) personas con ingresos insuficientes para financiar el PUMGS; y iv) personas con ingresos suficientes para financiar el Plan.

El primer grupo lo formaría la población de menores de edad a ser subsidiados por el resto de la población. El segundo grupo lo definiría la autoridad de acuerdo a criterios (e.g. inclusión en la Ficha de Protección Social, ingreso declarado insuficiente, etc.). El tercer grupo quedaría definido por aquellas personas no incluidas en el grupo anterior y cuyos ingresos familiares sean insuficientes para financiar el Plan con el 7% del mismo. El cuarto grupo estaría constituido por individuos que tienen ingresos totales imponibles (laborales y no laborales) cuyo 7% es superior a la prima (P) del PUMGS. En el caso de familias con numerosos adultos, el 7% del ingreso familiar debe ser suficiente para cubrir la prima de los adultos de dicho grupo.

Los asegurados pertenecientes al grupo ii) debieran tener acceso únicamente al PUMGS sin copagos, en tanto que los pertenecientes a los grupos iii) y iv) al/los PUMGS con copagos y a los Planes Estandarizados Alternativos (ver más abajo).

4.4 Financiamiento

A partir de las definiciones de grupos anteriores, el financiamiento sería el siguiente:

Las familias con adultos pertenecientes al grupo iv) aportarían $N \times P$, donde N es el número de adultos en la familia (más una fracción por jóvenes y niños si se definiera que deben realizar un aporte). En este caso, por definición del grupo iv), el aporte no llegaría a ser del 7% del ingreso total (imponible) sino que sería menor. Los individuos deciden si se quedan sólo con el PUMGS, si compran un PUMGS “ampliado” (con Planes Estandarizados Alternativos) o si compran seguros adicionales.

Las familias con adultos pertenecientes al grupo iii) aportan el 7% del ingreso total (imponible) y el resto es complementado por el Estado. En el caso de indigentes (grupo ii) el aporte estatal es completo.

Los menores independientemente del grupo al que pertenece su grupo familiar son financiados (total o parcialmente, según el esquema adoptado en el diseño inicial) por el conjunto de los adultos.

4.5 Aseguradoras

Se prevé la existencia de las mismas aseguradoras que existen hoy: FONASA e ISAPRES.³¹ Podrán asegurarse en una ISAPRE aquellos individuos (y sus grupos familiares) categorizados como de ingresos suficientes (grupo iv) y aquellos del grupo iii) que estén dispuestos a aportar un porcentaje de sus ingresos mayor al 7% de forma que les permita cubrir la totalidad de sus primas y las de su grupo familiar, tornando de esta manera innecesario el subsidio del Estado.

Los individuos categorizados en el grupo ii) y aquéllos del grupo iii) (y su grupo familiar) que no deseen aportar más de su 7% y hagan uso del aporte estatal serán asegurados por FONASA.

4.6 Distribución de los Recursos (Fondo de Compensación ex-ante)

Los recursos que financian el PUMGS serán recaudados de manera centralizada (para lograr economías de escala en la administración de dichas cuentas) y distribuidos entre las aseguradoras (FONASA e ISAPRES) de acuerdo a los costos esperados de los afiliados de cada aseguradora. Es decir, cada aseguradora recibe la sumatoria de los gi de sus asegurados.

4.7 Re-distribución de los recursos (Fondo de Compensación ex-post)

Una vez al año las aseguradoras (FONASA e ISAPRES) pueden pedir al fondo un reintegro parcial (para evitar dar incentivos al sobregasto) por ciertas patologías y tratamientos del PUMGS a ser definidos (e.g. de baja frecuencia y alto costo). Los fondos para dicho reintegro deben provenir de las otras aseguradoras en función a la desviación que hayan tenido de esos casos respecto del promedio del sistema (a mayor desvío, mayores recursos dados a este fondo).

³¹ Se cree que una eliminación de las aseguradoras privadas crearía una presión demasiado grande sobre el FONASA, a la vez que dejaría a un grupo exigente y con una capacidad de reclamo alta (los que están en las ISAPRE ahora) en una situación peor que la actual. Adicionalmente, se estima que las propuestas que aquí se detallan pueden ser suficientes para crear verdadera competencia entre los seguros, alcanzando los beneficios que se esperan de tal situación.

4.8 Planes Estandarizados Alternativos

Podrían definirse un número reducido de Planes Estandarizados Alternativos que deben ser ofrecidos por todas las aseguradoras. Estos planes los definirá la autoridad (en términos de cobertura, calidad, tipo de prestación, etc.) y no podrán, en ninguna dimensión, brindar menor cobertura que el Plan Mínimo. Se diferenciarán de éste en la inclusión de prestaciones no cubiertas en el PUMGS (e.g. mejor hotelería, cobertura dental más amplia, cobertura psiquiátrica más amplia, etc.). FONASA y las ISAPRES fijarán libremente el precio de estos planes en términos diferenciales respecto al plan mínimo, siendo siempre una única aseguradora la que cubre a un asegurado en particular y siempre dando la alternativa de contratar el PUMGS.

Las aseguradoras podrían contar con mecanismos para reducir selección adversa en estos planes, tales como periodos de carencias, rechazo fundado (corroborado por un contralor, etc.). Estos mecanismos, sin embargo, no pueden implicar limitaciones de ningún tipo en la compra del PUMGS.

4.9 Prestadores

Las aseguradoras privadas elegirán libremente sus redes de prestadores asociadas al PUMGS y a los Planes Alternativos. En el caso de FONASA, los asegurados con cero copago serán atendidos exclusivamente en la red que defina FONASA (a priori, de prestadores públicos), en tanto que los demás afiliados a FONASA podrían tener acceso a una red mixta de prestadores según los convenios que firme FONASA.

En el caso de los prestadores privados, el pago de bolsillo del asegurado podrá exceder el copago si el precio convenido entre FONASA y el prestador excede el precio máximo de la prestación utilizado para el cálculo de los costos del Plan Mínimo.

4.10 Aspectos Adicionales de la Reforma

4.10.1 Limitación de Seguros Complementarios

Los Seguros Complementarios son seguros que pueden venderse libremente y cubren riesgos o prestaciones no incluidas en el PUMGS o en los Planes Estandarizados

Alternativos. No pueden brindar cobertura financiera de los copagos que definen el PUMGS o los Planes Alternativos.

Ello por cuanto los copagos buscan limitar potenciales problemas de riesgo moral y el cálculo del costo general del PUMGS se basa en tasas de utilización consistentes con los copagos definidos en él; si estos fueran efectivamente menores por la existencia de seguros complementarios el costo global del PUMGS se incrementaría.

Sí podrían, en cambio, brindar cobertura respecto de pagos de bolsillo asociados a los precios topes y, de esta manera, cubrir por ejemplo parte de los costos asociados a una hotelería de calidad superior a la implícita en el cálculo del costo del PUMGS o de prestaciones no incluidas en el PUMGS.

4.10.2 *Obligatoriedad de Cobertura*

Las aseguradoras no pueden negar la afiliación a ningún individuo ni limitar temporalmente la cobertura de prestaciones incluidas en el PUMGS por el hecho que algún asegurado del grupo familiar tenga enfermedades pre-existentes ni por ninguna otra razón.

Sí puede la aseguradora negarle al afiliado la posibilidad de cambiarse a otro Plan Estandarizado que signifique una mejor cobertura que la que el asegurado posea.

4.10.3 *Precios y Ajustes*

La autoridad pertinente fija el precio del PUMGS (P) una vez al año, así como también los ajustes por riesgo para cada grupo.

Respecto de los Planes Estandarizados Alternativos, los precios serán fijados por cada aseguradora y se definirán como un adicional al precio del PUMGS, debiendo fijarse para cada plan un único precio que, por lo tanto, no podrá depender de variables como sexo, edad, etc. del asegurado.³²

³² Este punto podría reverse según consideraciones jurídicas. Si fuera jurídicamente aceptable la discriminación de precios por edad y sexo para estos seguros "marginales", podría considerarse la introducción de una tabla única de ajustes por sexo y edad definida por la autoridad. Ello aliviaría potenciales incentivos a la selección de riesgos y también los subsidios cruzados desde las personas de

Los asegurados pueden cambiarse de aseguradora libremente una vez al año a menos que estén restringidos (ver punto siguiente).

4.10.4 Límites a la Movilidad

Para limitar los incentivos a la selección de riesgos se prevén dos medidas.

La primera es el Fondo de Compensación ex-post descrito en el punto 7.

La segunda, adicional a la anterior, consiste en que aquellos individuos cuyo gasto anual haya excedido en más de un cierto porcentaje el monto de su gasto esperado (gi), se verán imposibilitados de cambiarse de aseguradora en el año subsiguiente. Esta medida evitaría el “*golden handshake*” o políticas destinadas a compensar a los individuos de alto riesgo para que abandonen la aseguradora y se trasladen a otras.

4.10.5 Licencias Médicas³³

El régimen de Subsidio por Incapacidad Laboral (SIL), más comúnmente conocido como régimen de Licencias Médicas provee cobertura de ingreso a los cotizantes de FONASA o ISAPRES en caso de enfermedad. Se proponen dos modificaciones al régimen actual.

El “deducible” de tres días de ingreso imponible para quienes solicitan una licencia médica de duración de diez o menos días se reduce a solamente dos días, pero se hace extensiva a licencias de cualquier duración. La razón para esta generalización del deducible es evitar la extensión innecesaria de las licencias hasta los once días. La reducción del deducible de tres a dos días se compensa en alguna medida con la introducción de un copago.

Se introduce un “copago”, por lo que el individuo no percibirá el 100% de su ingreso imponible sino solamente una fracción del mismo (¿80%, 90%?). El porcentaje de copago podría variar según el tipo de enfermedad y la verificabilidad de la misma (e.g. una licencia asociada a una fractura podría tener un copago cero –y también un deducible de

menor riesgo a las de mayor riesgo. De lo contrario, estos subsidios cruzados –por ser “opcionales” en el sentido que los planes alternativos lo son–, alejarían a los individuos de menor riesgo.

33 Para una justificación de las propuestas planteadas véase Beteta, E. and M. Willington. 2010. “Determinantes Del Uso Y Abuso De Licencias Médicas En Chile,” Documentos de trabajo, Universidad Alberto Hurtado. Santiago de Chile:

cero-, en tanto que una licencia asociada a dolores musculares podría tener un copago del 20%).

Asimismo, el copago podría ser creciente en la extensión de la licencia médica para cierto tipo de condiciones médicas. La lógica de introducir un copago tiene que ver con inducir una reducción en el largo de la licencia una vez que ya se ha “pagado el deducible”. El que el copago sea diferente según la enfermedad tiene que ver con brindar un seguro más completo en los casos que no puede sospecharse una conducta de riesgo moral.

4.10.6 *Funcionamiento transitorio del Fondo de Compensación ex-ante y ex-post*

No debería intentar cambiarse el *pool* de riesgos inmediatamente, debido a que en la actualidad existe un desbalance importante de riesgos entre FONASA y el conjunto de las ISAPRE (e incluso dentro de las ISAPRES). Por tanto, sería deseable que el *pool* de riesgos se vaya ajustando paulatinamente, de manera que la transición sea suave y no se produzcan flujos de compensaciones extraordinarios.

Una alternativa sería que la compensación de riesgos (ex-ante y ex-post) se realice sólo para los nuevos afiliados o los que se cambian de aseguradora, posteriormente a que ocurra la reforma. De esta manera, se podría lograr movilidad inmediata de afiliados, competencia por afiliados entre las ISAPRES (ya que, si la compensación por riesgos es efectiva, los afiliados de riesgos comparativamente altos pasarían a ser relativamente más “deseables”) y una transición más “suave” hacia el equilibrio de largo plazo (que es una cartera de riesgos similares entre las distintas aseguradoras).

Adicionalmente, se podría pensar en que la compensación de riesgos sea realizada considerando individuos que efectivamente tienen la posibilidad de optar entre el seguro público y el privado. En el caso de los indigentes (grupos A y B de FONASA) podría argumentarse que no debieran ser considerados para la compensación de riesgos si es que no tienen la posibilidad efectiva de moverse al sector privado (y no la tendrían por cuestiones de ingreso, en tanto y en cuanto el subsidio público a estos individuos no es “portable”). Por tanto, podría pensarse que las carteras a ser consideradas para la compensación de riesgos serían las de FONASA para los actuales grupos C y D y las de las ISAPRES.

5 Conclusiones

Existen numerosas fallas de mercado e imperfecciones en el mercado de seguros de la salud en Chile. Éstas hacen que los resultados en términos de eficiencia (y hasta de equidad) sean diferentes a los que podrían conseguirse en un mercado con un buen diseño institucional y una correcta supervisión. Las propuestas presentadas buscan mejorar, precisamente, el diseño institucional. Entonces, la existencia de selección de riesgos activa y de descreme por parte de las ISAPRE, puede ser controlada con un Plan Universal Mínimo (el PUMGS) que deba ser obligatoriamente ofrecido a todos los que deseen contratarlo sin importar si poseen pre-existencias o un riesgo alto. La selección adversa que esto podría generar, puede ser controlada con Fondos de Compensación ex-ante y ex-post, que igualen las carteras de riesgo entre las aseguradoras privadas y entre éstas y el FONASA. El riesgo moral existente en todos los mercados de seguros, puede ser mitigado con una estructura de co-pagos bien definida y, además, con la regulación y control estrictos de los seguros complementarios.

Las propuestas enunciadas buscan, además, controlar gastos innecesarios. Al fijar el precio del PUMGS se busca que las aseguradoras implementen mecanismos de pagos eficientes con los prestadores de manera que éstos no posean incentivos a la sobreprestación de servicios. La negociación entre aseguradoras y prestadores privados, que incluyan precios, calidad y forma de acceder a las prestaciones (por ejemplo, a partir de un médico que actúe como “portero”) puede ser beneficiosa en términos económicos y, en el marco de un plan común con un precio fijo, el tema de la integración vertical entre aseguradoras y prestadores pierde relevancia. En ese marco, si el asegurador no puede incrementar unilateralmente la prima de seguros y el prestador no tiene incentivos para sobre-demandar prestaciones (porque recibe un precio fijo por parte del seguro), los problemas causados por la integración vertical se atenúan. No debe descartarse, sin embargo, una regulación más estricta en esta materia.

En términos de elección de cobertura, los afiliados tendrían un abanico de planes que podrían considerar (aunque nunca tantos como en la situación actual) ya que se permiten (con ciertas regulaciones) la existencia de un número limitado de planes adicionales y complementarios. Esta medida simplifica enormemente el problema de elección de cobertura de los individuos y, junto con la prohibición de negar cobertura por

preexistencias, deberían redundar en que los individuos tomen decisiones más informadas y puedan revisarlas periódicamente, presupuesto fundamental para el funcionamiento efectivo de un sistema de seguros que apuesta a la competencia entre las aseguradoras como medio para el logro de resultados eficientes.

En definitiva, un buen diseño institucional y una adecuada regulación del sistema de seguros pueden corregir las fallas existentes y puede contribuir a que se alcancen los beneficios de un sistema competitivo en el que los afiliados puedan ejercer efectivamente la libre elección entre seguros.

6 Bibliografía

Agostini, C.; E. Saavedra and M. Willington. 2010. "Collusion among Health Insurers in Chile: Good, Bad and Ugly Reasons in a Split Decision." *Antitrust Chronicle - Competition Policy International*, 7(July).

_____. 2005. "Colusión En El Mercado De Isapres. Un Análisis De Competencia," Santiago de Chile:

Agostini, Claudio A.; Eduardo Saavedra and Manuel Willington. 2011. "Collusion on Private Health Insurance Coverage in Chile." *Journal of Competition Law and Economics*, 7(1), 205-40.

Arrow, Kenneth J. 1963. "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care." *The American Economic Review*, 53(5), 941-73.

Asociación de Aseguradores de Chile A.G. 2012. "Síntesis Estadística. Mercado De Seguros Chile - 2011," Santiago de Chile: AACH,

Austin, D. A. and T. Hungerford. 2009. "The Market Structure of the Health Insurance Industry," *CRS Report for Congress*. Congressional Research Service,

Bain, J. 1956. *Barriers to New Competition*. Harvard University Press.

Benavides, P.; L. González; I. Jones and D. Sugg. 2011. "Subsidios Por Incapacidad Laboral Por Enfermedad Y Medicina Curativa: Estado Actual Y Desafíos," *Estudios de Finanzas Públicas*. Santiago de Chile, Chile: Dirección de Presupuestos.,

Beteta, E. and M. Willington. 2010. "Determinantes Del Uso Y Abuso De Licencias Médicas En Chile," *Documentos de trabajo, Universidad Alberto Hurtado*. Santiago de Chile:

Cid, C.; E. Salazar; R. Tegtmeier and A. Muñoz. 2009. "Magnitud Y Características De La Cautividad En El Sistema Isapre," Chile: Superintendencia de Salud,

Dafny, Leemore S. 2010. "Are Health Insurance Markets Competitive?" *The American Economic Review*, 100(4), 1399-431.

DOJ. 2010. "Horizontal Merger Guidelines," US Department of Justice,

- DOJ and FTC.** 2004. "Improving Health Care: A Dose of Competition," U.S.A.: Department of Justice and Federal Trade Commission,
- Domenighetti, G.; A. Casabianca; F. Gutzwiller and S. Martinoli.** 1993. "Revisiting the Most Informed Consumer of Surgical Services. The Physician-Patient." *Int J Technol Assess Health Care*, 9(4), 505-13.
- Duarte, F.** 2011. "Switching Behavior in a Health System with Public Option,"
- European Observatory on Health Care Systems.** 2000. "Switzerland," *Health Care Systems in Transition*. European Observatory on Health Care Systems,
- Fernandez, B.** 2008. "Health Insurance: A Primer," *CRS Report for Congress*. Congressional Research Service,
- FNE.** 2012. "Guía Para El Análisis De Operaciones De Concentración," Fiscalía Nacional Económica, Chile,
- Frank, Richard and Karine Lamiraud.** 2009. "Choice, Price Competition and Complexity in Markets for Health Insurance." *Journal of Economic Behavior & Organization*, 71(2), 550-62.
- Gaynor, M. and R. Town.** 2011. "Competition in Health Care Markets," NBER, NBER,
- Haas-Wilson, Deborah.** 2003. *Managed Care and Monopoly Power: The Antitrust Challenge*. Cambridge, MA.: Harvard University Press.
- Henríquez, R.** 2007. "Private Health Insurance and Utilization of Health Services in Chile." *Applied Economics*, 38(4), 423-39.
- Herzlinger, R. E. and R. Parsa-Parsi.** 2004. "Consumer-Driven Health Care: Lessons from Switzerland." *JAMA*, 292(10), 1213-20.
- Inderst, Roman and Achim Wambach.** 2001. "Competitive Insurance Markets under Adverse Selection and Capacity Constraints." *European Economic Review*, 45(10), 1981-92.
- Office Fédéral de la Santé Publique.** 2012. "Statistique De L'assurance-Maladie Obligatoire 2010," Switzerland: Office Fédéral de la Santé Publique,

Paraje, G. and F. Vasquez. 2012. "Health Equity in an Unequal Country: The Use of Medical Services in Chile." *Int J Equity Health*, 11(1), 81.

PUCV. 2012. "Mercado De La Salud Privada En Chile," Pontificia Universidad Católica de Valparaíso,

Sánchez, M. 2011. "Análisis De Los Planes De Salud Del Sistema Isapre. Enero De 2011," Superintendencia de Salud,

Sapelli, C. and B. Vial. 2003. "Self-Selection and Moral Hazard in Chilean Health Insurance." *J Health Econ*, 22(3), 459-76.

Sapelli, Claudio and Arístides Torche. 2001. "The Mandatory Health Insurance System in Chile: Explaining the Choice between Public and Private Insurance." *Int J Health Care Finance Econ*, 1(2), 97-110.

Schäfer, W.; M. Kroneman; W. Borma; M. van der Berg; G. Westert; W. Devillé and E. van Ginneken. 2010. "The Netherlands. Health System Review," *Health Systems in Transition*. European Observatory on Health Systems and Policies,

Schwartz, N. 2009. "Swiss Health Care Thrives without Public Option," *The New York Times*.

Stigler, G. 1968. "Barriers to Entry, Economies of Scale and Firm Size," G. Stigler, *The Organization of Industry*. Homewood, IL.: Irwin, 67-70.

The Kaiser Family Foundation. 2009. "Employer Health Benefits. 2009 Annual Survey," The Kaiser Family Foundation,

Vergara, Marcos. 2013. "Propuestas De Reformas a Los Prestadores Públicos De Servicios Médicos En Chile," *Fundación Espacio Público*. Santiago de Chile:

Willington, M. and A. Alegria. 2012. "Collusion in a One-Period Insurance Market with Adverse Selection." *The B.E. Journal of Economic Analysis & Policy*, 12(1), 1935-682.

