



## **Integración vertical en salud.**

### **Rafael Caviedes Duprá**

Ha surgido una nueva discusión en torno a las Isapres para prohibir que grupos económicos posean inversiones en Isapres y clínicas. Sin embargo, el dilema no es si permitir o prohibir la integración vertical, sino cómo hacer para que el sistema de salud opere de la mejor forma en beneficio de los pacientes y los precios de transferencia sean de mercado para que exista una adecuada competencia. El año 2005, la reforma de las Isapres estableció que las Instituciones tendrán por objeto exclusivo el financiamiento de las prestaciones y beneficios de salud, las que en ningún caso podrán implicar su ejecución ni participar en la administración de prestadores. Algunas Isapres antes de esta ley, habían constituido holding para separar la función de asegurador y prestador, en el entendido que eran actividades diferentes y que requerían para su crecimiento y viabilidad futura, ofertar sus servicios al mercado. Esta nueva disposición, obligó a las Isapres que contaban con clínicas y centros médicos a reestructurar sus patrimonios, lo que quedó claramente autorizado por la Superintendencia de Salud y, en los casos que correspondía, con la venia de la Superintendencia de Valores y Seguros, tal como ha continuado sucediendo con las inversiones que se han realizado posteriormente.

Paradójicamente, en la década pasada se criticaba la falta de inversión de las Isapres en infraestructura; años después, cuando habían invertido en clínicas y centros ambulatorios, se cuestionó la facultad de participar en la administración de prestadores de salud, lo que obligó a una reestructuración de activos y, ahora, algunos quieren obligar a deshacerse de sus activos a sus legítimos propietarios. Habrá que analizar desde una perspectiva constitucional tal cuestionamiento, puesto que la Constitución de la República, ampara a las personas para emprender diversas actividades económicas. Pero, lo verdaderamente importante es el análisis desde la perspectiva de la competencia y no de la integración, y que no existan empresas con posiciones dominantes, salvo el sistema estatal de salud. En Chile, el mercado privado, asegurador y prestador, está aún suficientemente atomizado, pero el Estado tiene una posición dominante, integrado verticalmente en su totalidad y subsidiado, con el 80% de los ciudadanos. En materia hospitalaria, las clínicas tienen la competencia de los pensionados de los hospitales públicos que operan en todo Chile, y las Isapres compiten por distintos segmentos de renta con un Fonasa integrado con hospitales públicos subvencionados.

Para ser claro, la integración vertical en salud no es mala per sé. En Chile el sistema público y las Mutuales están integradas, pero la ley impide que una Isapre sea propietario de una clínica o centro médico, o participe en la administración de prestadores. Por ello, clínicas e Isapres dependen de gobiernos corporativos vinculados a los diferentes controladores, que cuentan con sus propios equipos gerenciales y directorios. Estos, deben responder frente a sus stakeholders, al igual que los equipos directivos de los prestadores y aseguradores.

Lo interesante, es que tanto aseguradores como prestadores tienen intereses contrapuestos y sus equipos son evaluados por su capacidad, crecimiento y resultados. Por la misma razón, es normal que un asegurador financie prestaciones médicas a un prestador ajeno al holding, ya sea porque sus propios afiliados lo prefieren (libre elección) o porque han suscrito convenios favorables para sus usuarios (prestador preferente). De hecho, no más del 35% al 40% de las prestaciones médicas que produce una clínica las paga una Isapre vinculada al mismo holding y están obligadas a publicar sus precios. El resto de la demanda proviene de otras Isapres y Fonasa Libre Elección. Ello, porque en la práctica, no existe ninguna Isapre que tenga tamaño suficiente como para financiar con la demanda que generan sus propios beneficiarios, a una clínica de mediana complejidad.

Al contrario de lo se piensa, hay notables ventajas en la integración vertical. Existen modelos integrados, como el de Kaiser Permanente en California, que ha logrado mejores resultados en salud a más bajos costos que otros modelos no integrados. En Chile esta exitosa empresa no sería legalmente posible, desde la reforma del 2005. También el modelo Alzira, en Valencia, ha demostrado muy buenos resultados. Existen muchos otros ejemplos internacionales. En Chile, las Mutuales de Seguridad son, en rigor, entidades integradas que integran el aseguramiento con el tratamiento médico y nadie ha cuestionado tal circunstancia. De alguna forma, los seguros que ofrecen las clínicas también es otra forma de integración.

La verdadera integración entre prestadores y aseguradores, presenta claras ventajas. Permite una optimización de los gastos en el servicio; facilita la gestión del riesgo; contribuye a disminuir los costos de transacción y disminuye la asimetría de información y, por cierto, permite la contención del gasto médico innecesario al centralizar la entrega del servicio en un proveedor calificado, lo que ayuda a disminuir la inflación de gastos médicos. Los sistemas integrados permiten, además, ejercer un mejor manejo de pacientes crónicos y de enfermedades graves. Los estudios y estadísticas que presentan sistemas integrados en otros países permiten aseverar con absoluta certeza esto.

También se le acusa de presentar algunas desventajas, pero que se pueden evitar. El rol del Estado en la fiscalización de los mercados es importante para evitar posiciones dominantes tanto de aseguradores como de prestadores. La integración sin una regulación adecuada puede limitar la competencia lo que inhibe la aparición de nuevos actores. Para ello, los precios de transferencia deben ser de mercado, transparentes, conocidos y fiscalizados para evitar arbitrariedades. La integración también podría limitar la libertad de elección, no obstante que aumenta la cobertura por sobre la opción de reembolso de otros prestadores de libre elección. Se dice que podría generar conflictos éticos en la prestación del servicio, no obstante que al asegurador le interesa que el paciente se sane, no se rehospitalice por mala praxis, por el simple hecho de evitar seguir gastando en ese paciente. En consecuencia, la atención cerrada en prestadores preferentes requerirá mejores herramientas para controlar su calidad y el asegurador será el más interesado en que ello ocurra.

Por ello, parece inconducente la caricatura que se hace de la integración en salud. Al contrario, se debería regular para transparentar y promover el desarrollo de la atención en sistemas de salud integrados. Ello, estimularía la aparición o incorporación de nuevos actores y servicios altamente eficientes. Tal vez, por ejemplo, algunas clínicas prefieran una figura de esa naturaleza, incrementando la competencia con las Isapres y ofreciendo al público otras opciones en salud. La desintegración del modelo de salud, por el contrario, perjudica al paciente y solo beneficia a los prestadores, lo que podrán incrementar precios o demandas de prestaciones médicas, sin el control que se realiza en los sistemas integrados. En el fondo, este nuevo cuestionamiento para impedir que grupos económicos sean propietarios de clínicas e Isapres, no es más que otro intento para entabrar el funcionamiento de la salud privada, proveniente de personas que no valoran ni desean que el sector privado tenga en salud un rol relevante.