



# Integración vertical de prestadores en el mercado de la salud.

## Aspectos comparados

### Autor

Pedro S. Guerra A.  
Email: [pguerra@bcn.cl](mailto:pguerra@bcn.cl)  
Tel.: (56) 32 226 3903

### Comisión

Elaborado para la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, en el marco de la discusión de dos proyectos de ley refundidos:

- 1) El que modifica el DFL N° 1, de 2006, del Ministerio de Salud, con el objeto de impedir y sancionar la integración vertical de las Isapres y los prestadores de salud, (boletín N° 10.507-11);
- 2) El que modifica el DFL N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, y el Código Sanitario, para impedir la integración vertical entre prestadores de salud e Isapres, y entre laboratorios y farmacias, así como el control societario conjunto de unos y otros, por un mismo controlador, (boletín N° 12.798-11).

### Resumen

A propósito de un requerimiento formulado por la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, el presente documento indaga en el tratamiento que se le otorga en alguna legislación extranjera al problema de la integración vertical de los mercados en el área de la salud. En especial, se focaliza el análisis en el caso de la integración vertical que se produce entre los aseguradores (Institutos de Salud Previsional o ISAPRE, en el caso de Chile) y las instituciones prestadoras de servicios de atención a la salud.

Se indaga en el caso de Colombia, por tratarse de un mercado similar en su estructura al chileno además de haber tratado la legislación el problema de manera específica, como una especificación de las normas sobre derecho de la competencia y de la protección al consumidor.

### Tabla de contenido

1.	Introducción.....	2
1.1.	El problema de la integración de los mercados.....	2
1.2.	La integración vertical de los mercados.....	3
1.3.	La integración en los mercados de la salud.....	3
2.	Legislación comparada: el caso de Colombia.....	6
	Referencias.....	8

## 1. Introducción

---

### 1.1. El problema de la integración de los mercados

---

El problema de la integración vertical de los mercados remite directamente al problema de los monopolios, es decir a aquella situación de mercado en que la oferta de un bien se reduce a un solo ofertante. Los monopolios son casos extremos de competencia imperfecta, en que la fijación de los precios de bienes o servicios de un mercado dado no son establecidos mediante el libre juego de la oferta y la demanda, sino que está de alguna forma intervenido por el poder de alguno de los participantes del mercado. Este, gozando de una ventaja no competitiva, desarrolla estrategias que alteran el precio que podría resultar en un estado de competencia perfecta.

En ese sentido, los mercados de competencia perfecta aparecen más bien como un modelo teórico y como una aspiración, pues la regla general es que muy pocos lo sean y muchos, por ende, presenten alguna clase de imperfección. De todas las formas que puede adoptar la imperfección de los mercados o de un mercado dado, sin duda, la forma monopólica es la que más problemas genera en una economía, debido al perjuicio que representa para los consumidores. No obstante, y como señala Richard Posner, el poder monopólico es una cuestión esencialmente contingente, variable antes que constante y depende por entero de la elasticidad de la demanda que afronta la empresa y la posibilidad de sustituir el producto o servicio de que se trata por otro (POSNER, 1998, págs. 472 - 474).

La teoría económica ha establecido tradicionalmente algunos requisitos para que un mercado pueda calificarse como perfecto. El principal criterio para ello dice fundamentalmente relación con el poder de mercado y la forma en que este se equilibra en las relaciones de intercambio y especialmente en el mecanismo de fijación del precio. En la edición de 1966 de su celebre Curso de Economía (sucesivamente revisado y publicado como "Economía", en coautoría con William Nordhaus (SAMUELSON & NORDHAUS, Economía, 2006)) Paul Samuelson indica una serie de estrictas condiciones para que un mercado pueda considerarse perfecto. Hay, así, un gran número de productores que venden un producto que es idéntico al que vende su competencia (tan idénticos como los son dos guisantes, en palabras del economista); como consecuencia de la identidad del producto, ninguna de las empresas productora se encuentra en posición de elevar su precio por encima del precio de mercado y ninguno de ellos puede, tampoco, deprimir el mercado aumentando la producción (SAMUELSON, 1966, págs. 540 - 541).

En esta misma lógica, el mercado será imperfecto cuando alguno de los oferentes mantenga alguna clase de poder sobre la fijación del precio (SAMUELSON & NORDHAUS, 2006, pág. 164). Existe, así, una amplia variedad de formas de imperfección del mercado, y una gradiente de mayor o menor imperfección. La variedad de causas que pueden llevar, además, a que exista un comportamiento imperfecto en un mercado es, a su vez, enorme lo que hace que, en definitiva, la perfección - imperfección del mercado sea una cuestión

contingente y sumamente dinámica. La competencia imperfecta corresponde a una forma de falla de mercado y constituye una ineficiencia, en términos que el mercado no proveerá, en dicha circunstancias, todos los bienes que podría proveer en una situación de competencia perfecta, reduciendo el potencial de satisfacción de los consumidores (SAMUELSON & NORDHAUS, 2006, págs. 157 - 158).

## 1.2. La integración vertical de los mercados

Teniendo a la vista lo anterior ¿Qué rol se asigna en las fallas de mercado a los procesos de integración vertical? La integración vertical es, ante todo, una forma de organización de la empresa en torno a determinadas estructuras de propiedad y/o de control sobre la empresa y las decisiones productivas de ésta. **Posner** la define como una adquisición que reúne empresas en etapas de la distribución sucesivas, como el caso en que un fabricante compra todas las tiendas de menudeo que venden su producto, de forma de excluir a los demás competidores del acceso al mercado. Hay, para al autor, dos clases de fusiones o integración verticales. En **primer lugar**, la integración puede darse entre monopolistas que ocupan lugares sucesivos en la cadena de distribución; la fusión, en esta lógica, implica una disminución de la diferencia entre el precio de mayoreo y el de menudeo y esta forma se traduce en un precio menor, aunque aún monopólico. En **segundo lugar** se encuentran las fusiones verticales entre el productor de un producto final y el productor monopólico de un insumo que se usa en alguna proporción en la producción del producto final. Lo que ocurre en esta hipótesis es que la fusión vertical elimina la posibilidad de sustituir algunos de los proveedores de insumos, pero además se genera una posibilidad de combinación de insumos que sería más eficiente, cuando esta se produce dentro del esquema de integración vertical. (POSNER, 1998, págs. 492 - 493).

## 1.3. La integración en los mercados de la salud

En general, y como puede observarse, la integración vertical conduce a una concentración del poder monopólico de un competidor del mercado. En la integración vertical hay una propiedad común o un control de las decisiones económicas de la empresa, en distintos segmentos de la cadena vertical de producción. Supone siempre la existencia de dos compañías, una en el extremo superior, y otra en el inferior. La primera producirá determinados insumos o productos intermedios que serán vendidos a la compañía en el extremo inferior, la que los utilizará como un *input* para el producto final, antes de traspararlo a los consumidores. Cuando ambas compañías se integran verticalmente, la primera toma el control de la segunda, o viceversa (POST, BUCHMUELLER, & RYAN, 2017).

Como destaca el documento de propuesta de políticas públicas del Centro de Estudios Públicos, el sistema chileno de basa en un esquema de seguros, con un subsistema privado y uno público, ambos basados en el financiamiento a través del ahorro obligatorio y fundamentados políticamente en la salud concebida como un derecho a elección de prestadores garantizado en la Constitución (VELASCO, 2014). En general, a nivel mundial, los sistema de salud no corresponden a modelos puros, pero pueden ser agrupados en base a la forma de participación en el financiamiento y la prestación de los servicios de Estado, sociedad o privados (véase VELASCO, 2014; pág. 10). Esto hace al sistema chileno muy distinto de otros, como por ejemplo el británico, en que una gran parte del financiamiento viene de fondos públicos, a través de impuestos. De hecho, entre 2013 y 2017, un 79% del gasto total en salud provino del Estado (Office for National Statistics, 2019, pág. 9).

Respecto del mercado de las prestaciones de salud, la integración vertical posee algunas peculiaridades que deben señalarse. Esta radica principalmente en que debe considerar las decisiones de los consumidores en el esquema productivo, en tanto adquirentes de un seguro de salud que les entrega un derecho de acceso a los hospitales, en el extremo superior y a un precio dado. Restrepo *et al* plantean que “a diferencia de la teoría estándar y la práctica común, la integración [en el mercado de la salud ] no obedece a requerimientos técnicos, como la adquisición de un insumo físico o la entrega del producto al consumidor, sino a que se generan flujos financieros para pagar los servicios, pues el seguro reúne los recursos de los afiliados y reconoce la prestación de los servicios prestados según el plan de beneficios correspondiente a la prima del seguro” (RESTREPO, LOPERA, & RODRIGUEZ, 2007, pág. 290). Aquí, la estrategia de integración va a otorgar incentivos a los aseguradores para usar los precios que acuerdan con los hospitales privados de forma de desviar la demanda hacia los socios de la integración, es decir estos hospitales - clínicas (CUESTA, NOTON, & VATTER, 2019, pág. 3). Cabe señalar que los autores revisan data para el mercado chileno, con el objeto de determinar que efectos produce en el mercado la estrategia de integración vertical entre aseguradores y hospitales. El modelo planteado observa dos efectos importantes cuando considera la integración. En primer lugar, hay un desvío de la demanda (*patient – steering effect*), mediante el que los aseguradores que se integran con los hospitales negocian precios más altos con los hospitales de la competencia, reduciendo los valores dentro de la red integrada. En segundo, se produce un efecto denominado *enrollee - steering effect*, por el que los hospitales integrados atraen la demanda hacia sus aseguradores integrados negociando con los aseguradores en competencia un mayor precio de los servicios hospitalarios. Los autores indican como conclusión que una (eventual) prohibición de la integración vertical genera un efecto beneficioso en el agregado, dado que los precios bajan para los consumidores compensando las caídas en los ingresos de los hospitales. No obstante, la integración vertical sí puede generar eficiencias en el nivel de los hospitales. (CUESTA, NOTON, & VATTER, 2019, pág. 36).

No obstante que la articulación característica de la integración vertical se produce entre distintas compañías productoras, es bien posible aplicar una lógica similar a los procesos de integración que se dan entre prestadores de servicios, como es el caso de los médicos,

los hospitales y los aseguradores de salud privados. Bardey y Buitrago destacan que la integración puede darse entre hospitales y aseguradores, así como entre varios otros eslabones de la cadena de servicios de salud (BARDEY & BUITRAGO, 2016, pág. 232) Gaynor, Ho y Town plantean un modelo multinivel para el análisis del mercado, en el cual un primer nivel lo representan los proveedores (tanto hospitales como médicos) que compiten horizontalmente en base a diversas inversiones que modulan la calidad del servicio; un segundo nivel, en el que se encuentran los aseguradores, que negocian con los proveedores los precios que se pagarán por las atenciones, determinando de esta forma la red de prestadores de que dispone el asegurado. Finalmente, están los consumidores de los servicios médicos que contratarán un asegurador dependiendo de las primas y de la red de prestadores que se ofrezca (GAYNOR, HO, & TOWN, 2015, pág. 237).

Conrad y Dowling trabajaron el problema de las integraciones verticales en el mundo de las prestaciones de salud, y las definieron como un “acuerdo por el cual una organización de cuidados de la salud (...) ofrece, ya sea directamente o a través de otros, un amplio rango de cuidado de pacientes y servicios de apoyo que son operados de forma funcionalmente unificada.” (CONRAD & DOWLING, 1990, pág. 9). De esta forma, la integración no solo exige una unificación de la prestación de los servicios médicos, sino que además conlleva la administración de aquellos, lo que en los hechos tiende a constituirse en una administración estrechamente centralizada o coordinada, que buscaría aumentar tanto la eficiencia como los rendimientos económicos del sistema. En ese sentido, Baker *et al* indican que la integración vertical, que en EE.UU. significa la adquisición por los Hospitales de servicios de los médicos, implica por una parte una ganancia en eficiencia debido a la baja en los costos de transacción, mientras que por la otra permite a los involucrados subir los precios a los consumidores, usando, entre otros mecanismos, la indicación de tratamientos o servicios que no son necesarios (BAKER, BUNDORF, & KESSLER, 2014).<sup>1</sup> No debe perderse de vista que el sistema de salud norteamericano se caracteriza por la coexistencia de financistas y proveedores públicos y privados, con un 54% de la población recibiendo cobertura a partir de aseguradores privados vinculados principalmente a los empleadores. Estos seguros se administran financieramente por entidades privadas, las *Health Maintenance Organizations* (HMO), que contratan los servicios a una red de proveedores, y las *Preferred Provider Organization* (PPO), que en general pagan a los médicos por servicios. En cuanto a los proveedores del sistema norteamericano, la mayor parte de los hospitales son privados y se complementan con los de propiedad pública (VELASCO, 2014, págs. 88 - 89).

Con todo, es preciso destacar que la literatura no ha ofrecido trabajos comprensivos con resultados universalmente válidos acerca de si la integración vertical produce o no efectos que puedan considerarse negativos para los consumidores – usuarios finales de los servicios que se integran. Los autores, por ejemplo, para la realidad estudiada, es decir la integración mediante la compra de servicios médicos por los hospitales, concluyen que la

<sup>1</sup> Los autores indican varios de estos mecanismos, a saber; incremento de los ingresos hospitalarios, test diagnósticos, derivaciones desde los propios médicos pagados por los hospitales, ganancias en la competencia con otros hospitales, así como la fijación de precios más altos para los aseguradores, que serán traspasados a los usuarios finales de los servicios de salud (BAKER, BUNDORF, & KESSLER, 2014, pág. 757).

integración vertical que se produce a partir de la *Affordable Care Act* (conocida como *Obama Care*) ha llevado a un aumento de los niveles de gasto en los hospitales. No obstante, como indica De Elejalde, y dado que existen condiciones para considerar que las integraciones verticales producen tanto incentivos para la eficiencia como facilitan la colusión, no existen razones económicas para prohibir *per se* las integraciones verticales. Una de las políticas recomendables para el caso chileno, señala el autor, sería “requerir la aprobación de la Superintendencia de Salud como en el caso de las fusiones horizontales que deben ser aprobadas por las Fiscalía Nacional Económica” (DE ELEJALDE, 2017, pág. 5).

## 2. Legislación comparada: el caso de Colombia

El caso de Colombia es uno de aquellos en que el problema de la integración en el mercado de las prestaciones de salud ha sido abordado legalmente, mediante una reforma al sistema. Como refieren Bardey y Buitrago (BARDEY & BUITRAGO, 2016) la integración vertical del mercado de la salud en Colombia está sujeta a una regulación restrictiva. En efecto, se establece un límite a los aseguradores (empresas promotoras de salud, EPS), quienes no pueden tener más de un 30% de su gasto en prestadores de su propia red (instituciones prestadoras de servicios, IPS). Como se advierte, no se trata propiamente de una restricción a las operaciones mismas de integración, las cuales están sujetas al régimen común de fusiones y adquisiciones, sino más bien a los montos que una empresa de aseguramiento puede desembolsar como gasto en la empresa que presta el servicio de atención a la salud.

No obstante, debe prestarse atención a la trayectoria que observa el sistema de salud colombiano, de forma de comprender la razón de las restricciones que pone en funcionamiento la ley de 2007. Bardey y Buitrago efectúan una reconstrucción de ese proceso, signando un punto de inflexión relevante, como es la puesta en marcha, en 1993, de un sistema de aseguramiento privado. En efecto, a partir de la Ley 100 de 1993<sup>2</sup> el sistema de salud colombiano se abrió a un esquema de competencia abierta en el mercado y de libertad de acceso y opción de los usuarios, con un rol del estado en la supervisión y la regulación<sup>3</sup>. Uno de los efectos de la puesta en marcha de este sistema fue la desintegración funcional del sistema en uno de financiación y otro de prestación del servicio o atenciones de salud, de modo que los recursos fluyeran desde el asegurador hacia la prestación de servicios, en condiciones de competencia (BARDEY & BUITRAGO, 2016, pág. 252) (RESTREPO, LOPERA, & RODRIGUEZ, 2007). Los lineamientos económicos que están detrás de este esquema parten de considerar al mercado de prestadores de salud como uno de naturaleza imperfecta, de modo que “[L]a idea de un modelo de competencia regulada es, por tanto, la de sustituir la competencia imperfecta entre prestadores por una competencia entre aseguradores que intervienen en los procesos de cuidados de salud.” (BARDEY & BUITRAGO, 2016, pág. 253). Esto, con el objetivo de resolver las asimetrías

<sup>2</sup> Disponible en <http://bcn.cl/20129>

<sup>3</sup> Para el caso de Chile, y con una trayectoria similar, véase Velasco, 2014; pág. 15 a 17.



de información que fomentan la imperfección del mercado, al depositar en los usuarios de las EPS las decisiones de racionalización y prestación de los servicios.

Para los autores, el modelo basado en esta separación entre aseguradores y prestadores, llevó a la generación de una verdadera *red propia* de los aseguradores, es decir un sistema de integración vertical. De ahí que la Ley 1122 de 2007 <sup>4</sup> surja como un esfuerzo regulatorio que permitiera promover la integración vertical cuando esta produzca eficiencias y prohibirla cuando produzca distorsiones a la competencia (BARDEY & BUITRAGO, 2016, pág. 233). Como sostienen Restrepo *et al* en 2007 el desarrollo de la integración vertical del mercado en Colombia había producido dos formas específicas de integración: una mediante una integración de la propiedad accionaria o propiedad financiera vertical; y otra mediante el establecimiento de relaciones contractuales, ya sea por la construcción de relaciones de dependencia técnica o administrativa de las IPS respecto de las EPS, reflejadas en contratos de exclusividad o propiedad común (RESTREPO, LOPERA, & RODRIGUEZ, 2007, pág. 303).<sup>5</sup>

## Contenido de la Ley

En lo que interesa a este estudio, la ley 1122 de 2007 adoptó varias medidas y definiciones que afectan el funcionamiento del mercado, en aras de mejorar las deficiencias de este, en especial en materia de asimetría de la información. El artículo 3º de la ley crea la Comisión de Regulación en Salud, adscrita al Ministerio de Protección Social, que se compone de dos Ministros de Estado (Hacienda y Protección Social) y cinco comisionados expertos que designa la Presidencia de la República de entre varias entidades académicas y gremiales del sector de la salud. Las funciones de esta Comisión se desarrollan como herramientas de intervención en el mercado, toda vez que tiene facultades para definir y modificar anualmente los planes de salud que ofrecen las EPS, definir y revisar el listado de medicamentos esenciales y genéricos que forman parte del plan de beneficios, definir el valor de la unidad de pago caputivo<sup>6</sup> por beneficiario de cada régimen, el valor de los

<sup>4</sup> Disponible en <http://bcn.cl/2diph>

<sup>5</sup> Los autores destacan que la integración no es socialmente óptima cuando es motivada por apropiaciones de renta y no en objetivos de eficiencia.

<sup>6</sup> En general, los sistemas de pago en los sistemas de salud corresponden a los mecanismos de compensación económica que fluyen hacia el prestador sanitario (persona individual o organización sanitaria empresarial o pública). Cuando el pago es caputivo, es prestador recibirá esas compensaciones económicas por cada uno de los usuarios que reciben las prestaciones de salud. En general el objetivo de este sistema de pago es maximizar la afiliación al sistema y minimizar los costos, aprovechando economías de escala. Los riesgos pueden distribuirse en ese sentido entre el prestador, o bien pueden ajustarse de modo de que el financiador los asuma, en todo o parte. Otros sistemas de pago que pueden desarrollarse son; el pago por servicio médico; el pago por salario; el pago por ingreso o por estancia hospitalaria o el pago por presupuesto. Para una visión general de los sistemas de pago en la salud, véase Alvarez *et al* (ALVAREZ, PELLISE, & LOBO, 2000)

subsidios parciales de salud y establecer un sistema de tarifas que incluye los honorarios profesionales.

Sobre la integración vertical de los aseguradores y prestadores, el artículo 15 de la ley se refiere expresamente al problema, titulándose “Regulación de la integración vertical patrimonial y de la posición dominante”. La norma prohíbe a las EPS contratar, directamente o a través de terceros, con sus propias IPS más del 30% del valor del gasto en salud, pudiendo distribuir este gasto en las proporciones que estimen dentro de los distintos niveles de complejidad de la atención de acuerdo al plan obligatorio de salud. Asimismo, la norma establece que las EPS en régimen subsidiado, deberán gastar al menos el 60% de su total de gastos en hospitales de la red pública.

Como puede advertirse, estas normas no contienen una prohibición expresa ni general de las operaciones de integración, sino más bien limitan los pagos que se producen dentro de una red integrada de aseguradores y prestadores. De esta forma, se establecen restricciones a cierta forma de operar un régimen de integración, pero con límites bien claros.

Cabe señalar que, en el caso colombiano, la imposición de este límite al gasto entre empresas relacionadas no estuvo exento de polémica, llegando a litigarse su constitucionalidad. En efecto, la Corte Constitucional Colombiana resolvió en 2007 que la restricción era constitucional y por tanto legítima, pues buscaba evitar el abuso de una posición dominante en las empresas del sector, mejorar la atención de salud y democratizar su acceso (GONZALEZ, 2008).

## Referencias

CONRAD, D., & DOWLING, W. (1990). Vertical Integration in Health Services: Theory and Managerial Implications. *Health Care Manage Review*, 15(4), 9 - 22.

CUESTA, J. I., NOTON, C., & VATTER, B. (2019). Vertical Integration between Hospital and Insurers. <https://ssrn.com/abstract=3309218> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3309218>.

<sup>7</sup> Cabe señalar que los hallazgos de los autores para el caso de Colombia, muestran un claro efecto diferenciado de la integración vertical en los mercados de la salud. En los grandes centros urbanos indican que las condiciones de competencia no se ven perjudicadas por la integración entre prestadores y aseguradores, de modo que esta estrategia puede mejorar la eficiencia sin afectar la competencia. No es así en el caso del mundo rural donde hay poca competencia y ello fomenta la integración: para este mercado, la integración puede desembocar en situaciones de acuerdo de precios (BARDEY & BUITRAGO, 2016, pág. 257).



- ALVAREZ, B., PELLISE, L., & LOBO, F. (2000). Sistemas de pago a prestadores de servicios de salud en países de América Latina y de la OCDE. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 8(1 - 2), 55 - 69.
- BAKER, L., BUNDORF, K., & KESSLER, D. (2014). Vertical Integration: Hospital Ownership of Physician Practices is Associated With Higher Prices and Spending. *Health Affairs*, 33(5), 756 - 763.
- BARDEY, D., & BUITRAGO, G. (2016). Integración Vertical en el Sector Colombiano de la Salud. *Desarrollo y Sociedad*(77), 231 - 262.
- DE ELEJALDE, R. (2017). ¿Se debería prohibir la integración vertical entre Isapres y Clínicas? *Observatorio Económico*(119), 4 -5.
- GAYNOR, M., HO, K., & TOWN, R. (2015). The Industrial Organization of Health Care Markets. *Journal of Economic Literature*, 53(2), 235 - 284.
- GONZALEZ, O. (2008). La Integración Vertical de las EPS a la luz de la ley 1122 de 2007. *Revista Colombiana de Gastroenterología*, 23(1), 75 - 76.
- Office for National Statistics. (2019). *How does UK healthcare spending compare with other countries?*
- POSNER, R. (1998). *Análisis Económico del Derecho* (Segunda edición en español de 2007, primera reimpression de 2013 ed.). (E. Suarez, Trad.) México, D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- POST, B., BUCHMUELLER, T., & RYAN, A. (2017). Vertical Integration of Hospitals and Physicians: Economic Theory and Empirical Evidence on Spending and Quality. *Medical Care Research and Review*, 75(4), 399–433.
- RESTREPO, J., LOPERA, J., & RODRIGUEZ, S. (2007). La integración vertical en el sistema de salud colombiano. (U. d. Colombia, Ed.) *Revista de Economía Institucional*, 9(17), 279 - 308.
- SAMUELSON, P. (1966). *Curso de Economía Moderna* (Decimocuarta ed.). (J. L. Sampedro, Trad.) Madrid, España: Aguilar.
- SAMUELSON, P., & NORDHAUS, W. (2006). *Economía*. (M. G. Cevallos, Trad.) México D.F.: Mc Graw Hill.
- VELASCO, C. (2014). *Propuesta de Política Pública: Desafíos y Algunos Lineamientos para el Sistema de Seguros de Salud en Chile*. Propuesta de Política Pública, N°3, Centro de Estudios Públicos, Santiago de Chile.

#### Disclaimer

Asesoría Técnica Parlamentaria, está enfocada en apoyar preferentemente el trabajo de las Comisiones Legislativas de ambas Cámaras, con especial atención al seguimiento de los proyectos de ley. Con lo cual se pretende contribuir a la certeza legislativa y a disminuir la brecha de disponibilidad de información y análisis entre Legislativo y Ejecutivo.



Creative Commons Atribución 3.0  
(CC BY 3.0 CL)