

Integración Vertical entre Isapres y Prestadores

No hay evidencia que sustente que la integración vertical genere efectos anticompetitivos en el mercado de la salud

I. Introducción y Resumen

Cada cierto tiempo se reactiva la discusión respecto a los efectos negativos de la existencia de integración vertical entre Isapres y prestadores en nuestro país. Es necesario antes de todo, aclarar que en el mercado privado de salud chilena, la relación existente entre Isapres y prestadores con controladores comunes, no es lo que en temas de competencia se entiende por integración vertical, pues para que exista integración vertical no basta con tener controladores comunes, sino que los miembros de estas jerarquías deben estar coordinados y tener metas comunes. Las Isapres no son entidades que integran el aseguramiento con el tratamiento médico, así como sí ocurre en el caso de las Mutuales de Seguridad y que dicho sea de paso, la ley no pone ninguna objeción a ello. En adelante, se hablará de integración vertical, pero hay que dejar en claro que en estricto rigor no se trata de dicha figura de modelo de negocio.

Los detractores de la relación existente entre algunas Isapres y algunos prestadores, argumentan que se debe legislar para prohibir dicha integración vertical, pues ella produce conductas anticompetitivas en el mercado de la salud chilena, tales como la exclusión de competidores no integrados, la inducción de prestaciones y un abuso de poder monopólico sobre los precios de prestaciones y con ello de las tarifas de los planes.

Sin embargo, la integración vertical no es dañina per sé, sino que es dañina cuando con ella se causan efectos anticompetitivos, por lo que es grave que sus detractores señalen que en el mercado de la salud chilena la integración vertical produce efectos anticompetitivos, cuando ni la Fiscalía Nacional Económica (FNE) ni otros estudios serios han demostrado para el mercado de salud chileno dichas consecuencias.

Adicionalmente, para la discusión hay que tener claro que en Chile la integración vertical entre Isapres y prestadores si bien existe, es limitada, por cuanto no todas las Isapres están integradas verticalmente (o en todas las regiones) y de las que lo están, el holding en algunos casos posee menos del 50% de la propiedad de los prestadores que le proporcionan servicios médicos (no es controlador). A mayor abundamiento, un estudio de la Superintendencia de Salud, muestra en promedio las Isapres abiertas compran menos de un 20% de las prestaciones para sus beneficiarios a prestadores relacionados, lo que muestra el limitado alcance de esta integración.

En Chile sólo las mutuales de seguridad (y Fonasa en su modalidad institucional) son entidades que en la práctica el aseguramiento con el tratamiento/prestador están integrados

al cien por ciento, pero esta no es la realidad observada entre Isapres y prestadores integrados. Los planes cerrados de Isapres podrían emular –pese a que en la práctica no son lo mismo– a una organización de salud integrada verticalmente¹, sin embargo los planes cerrados representan sólo el 0,7% de los planes de Isapre vigentes². El 99,3% restante corresponde a planes con modalidad libre elección más opción preferente³.

En este contexto, pese a que algunas Isapres y prestadores pertenecen a un mismo holding, en la práctica funcionan como dos empresas independientes, debido a que prácticamente todos los planes vendidos cuentan con modalidad libre elección. De este modo, la prioridad de los gerentes de Isapre seguirá siendo maximizar su utilidad y, la de los de clínica, la suya, para lo cual las Isapres hacen convenios con los distintos prestadores para satisfacer la demanda de salud derivada de su oferta de planes, mientras que las clínicas y centros médicos les conviene recibir la mayor cantidad de pacientes, independientemente, de su tipo de seguro (privado, público o si pagan particular). De este modo, la existencia de libre elección en nuestro sistema de salud privada es el principal elemento que evita existan barreras de entrada entre ambos mercados. En todo caso, con lo anterior no queremos decir que la integración vertical al 100% o “pura” genere distorsiones en los mercados, simplemente se quiere hacer el punto que en Chile la estructura existente evita posibles comportamientos anticompetitivos. Este tema es el que se desarrollará en mayor profundidad, mediante la exposición de estudios que señalan que en Chile no se observan riesgos para la libre competencia, derivados de la integración vertical, como algunos indican.

En concreto, en este trabajo, se exponen las principales conclusiones respecto a estudios que analizaron tanto la legitimidad de la integración vertical entre las Isapres y prestadores, así como estudios que examinaron si la integración vertical producía o no efectos anticompetitivos. Se puede adelantar, que en dichos estudios se demostró que la integración

¹ En países desarrollados si se ha avanzado hacia modelos integrados en salud, los que se conocen como modelos de salud administrada. Estos modelos son un tipo de seguro de salud que lo que hacen es tener contratos con prestadores de salud y servicios médicos para atender a sus afiliados a un costo reducido o conocido (deducibles), siendo éstos la red de atención del plan. Estos planes que restringen la opción de atención logran reducir costos, pues alinean los incentivos entre asegurador y prestador. Un ejemplo de atención médica administrada, es la organización estadounidense Kaiser Permanente, la cual es reconocida por otorgar atención de buena calidad a bajo costo.

La evidencia internacional ha demostrado, que la integración vertical bien regulada y controlada, 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 las asimetrías de información y, por sobre todo, 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, pues el seguimiento y acompañamiento de estos pacientes es más fácil.

² Superintendencia de Salud, Enero 2016. “Estadísticas de planes de salud del sistema Isapre a enero de 2016”.

³ Casi la totalidad de los planes de salud de las Isapres permite la libre elección, la que permite que el beneficiario pueda elegir con qué prestador atenderse, es decir, decidir en qué clínica operarse, que médico visitar, en que laboratorio hacerse un examen. En estos casos, el prestador determina el precio de lista y la Isapre bonifica de acuerdo al plan. Generalmente, el copago es menor cuando los usuarios se atienden con un prestador preferente.

vertical es legítima y que en Chile no existen argumentos que indiquen que la integración vertical genere efectos anticompetitivos, aunque sí es cierto que siempre hay espacio para que el regulador este velando para que en este mercado se den las mejores condiciones para que exista competencia.

Con todos los argumentos técnicos que se exponen en este trabajo y otros que no se han abordado, resulta incomprensible que se siga asegurando que la integración vertical en el sector de salud es negativa de por sí. Es peligroso que por desconocimiento, desinformación o simplemente ideología, se quiera prohibir la integración vertical, pues la actividad privada en salud ha realizado una gran labor incentivando el desarrollo en infraestructura, tecnología médica y un personal de salud que cada vez es más calificado. Esto, ha contribuido a acercar la salud de calidad no sólo a los 3,5 millones de beneficiarios de Isapre, sino que también a más de 5 millones de personas del Fonasa a través de la modalidad de libre elección. El querer restringir que un grupo económico invierta en un sector, a la larga a lo único que conduce es a una reducción de la oferta, lo que eleva los precios de las atenciones, o dicho de otro modo, concentra la oferta de prestadores privados solo en los segmentos más altos de ingresos

II. Legitimidad y Constitucionalidad: El artículo 173 no prohíbe la existencia de holdings

El inciso primero del artículo 173 del DFL N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud señala que “las Instituciones tendrán por objeto exclusivo el financiamiento de las prestaciones y beneficios de salud, así como las actividades que sean afines o complementarias de ese fin, las que en ningún caso podrán implicar la ejecución de dichas prestaciones y beneficios ni participar en la administración de prestadores”.

Hay que señalar que esta disposición obligó a las Isapres que contaban con clínicas y centros médicos -pues los holdings estaban constituidos previos a esta ley- a reestructurar sus patrimonios, lo que quedó autorizado por la Superintendencia de Salud y, en los casos que correspondía, con el consentimiento de la Superintendencia de Valores y Seguros, tal como ha seguido sucediendo con las inversiones que se han realizado posteriormente.

Luego, la circular IF/N° 211, impartida por la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales precisó el alcance de esta prohibición señalando que existía incompatibilidad de cargo en el ejercicio simultáneo de altos cargos en una Isapre y en un prestador de salud. Específicamente, la circular señala, “los miembros del Directorio, Consejo de Administración, Consejo Directivo o entidad similar, la alta gerencia y los ejecutivos clave de las funciones de control de una Institución de Salud Previsional, en ningún caso podrán ejercer alguno de dichos roles, en forma simultánea, en prestadores de salud, ni tener injerencia en la administración e los mismos.

Un estudio elaborado en el año 2013 por el abogado constitucionalista Patricio Zapata⁴, señala que desde el punto de vista legal, nada le prohíbe a los dueños de las Isapres ser dueños de prestadores de servicios de salud, en otras palabras, **el artículo 173 no prohíbe la existencia de holdings**, figura a través de la cual se conforma la integración vertical entre Isapre y prestador. De esta forma se observa, que se cumple tanto lo estipulado en el artículo 173 como en la circular, pues los altos ejecutivos de las Isapres no participan de la administración de los prestadores de salud, lo que sí ocurre es que a nivel de holding el director observa que es lo que ocurre en ambos negocios del holding. Sin embargo, pese a que algunas Isapres y prestadores pertenecen a una misma sociedad, en la práctica funcionan como dos empresas independientes, de este modo la prioridad de los gerentes de Isapre es maximizar su utilidad y la de los gerentes de clínicas maximizar la suya, para lo cual las Isapres hacen convenios con los distintos prestadores para satisfacer la demanda de salud derivada de su oferta de planes, mientras que a las clínicas y centros médicos les conviene recibir la mayor cantidad de pacientes, independientemente, de su tipo de seguro.

El estudio de Zapata, además de indicar que la integración vertical entre Isapres y prestadores que existe en Chile es legítima, también señala que no existen argumentos

⁴ Zapata, P., 2013. “Las Isapre, la Libre Competencia y la Constitución Política”. Informe encargado por la Cámara Chilena de la Construcción.

jurídicos para prohibirla, pues su ejercicio no vulnera garantías constitucionales⁵, por lo que promover su restricción sería inconstitucional. En efecto, la integración vertical sólo estaría vulnerando derechos constitucionales si a través de ella se estuviera perjudicando a los beneficiarios y/o competidores a través de prácticas anticompetitivas. Sin embargo, como veremos a continuación, no existen argumentos técnicos que permitan aseverar que la integración vertical en Chile es negativa para la industria.

⁵ Artículo 19, numeral 21, que asegura el derecho a desarrollar cualquier actividad económica que no sea contraria a la moral, al orden público o a la seguridad nacional, respetando las normas legales que la regulen; y artículo 19, numeral 26, que decreta la seguridad de que los preceptos legales que por mandato de la Constitución regulen o complementen las garantías que ésta establece no podrán afectar los derechos en su esencia, ni imponer condiciones, tributos o requisitos que impidan su libre ejercicio.

III. La Integración Vertical y la Libre Competencia

En términos económicos, **la integración vertical no es dañina per sé, sino que cuando a través de ella se producen efectos anticompetitivos**, tales como la exclusión de competidores no integrados, la inducción de prestaciones y el eventual abuso de poder monopólico sobre el precio de las prestaciones y planes. Sin embargo, como veremos a continuación, hasta el momento ningún estudio ha demostrado que la integración vertical existente en Chile entre Isapres y prestadores genere perjuicios sobre la libre competencia del mercado de la salud.

III.1 Investigaciones de la Fiscalía Nacional Económica

La Fiscalía Nacional Económica (FNE), que es el órgano encargado de velar por promover y defender la competencia en nuestro país, ha llevado a cabo dos investigaciones para determinar si la integración vertical entre Isapres y clínicas privadas generaba efectos anticompetitivos – infringían el artículo 3 del DL N°211⁶ - y en ninguno de los dos estudio la FNE encontró riesgos de conductas que infringieran la libre competencia del mercado de la salud.

La primera investigación de la FNE, Rol 2182-13 FNE, comenzó por denuncia del H. Senador Fulvio Rossi en la que solicitaba determinar si es que la integración vertical entre Isapres y clínicas privadas infringía el artículo 3 del DL N° 211. Asimismo, la denuncia solicitaba a la FNE evaluar si es que esta integración contravenía el artículo 173 inciso 1° del DFL N°1. Es importante señalar, que esta denuncia no incluía ningún caso particular de exclusión en el mercado, sino que se refería a la estructura del mercado en general. Dado lo anterior, la FNE realizó un análisis general de la industria, del cual no pudo identificar una conducta en particular que constituyera una infracción al DF N° 211, por lo que la

⁶ El DL N° 211 fija las normas para la defensa de la libre competencia.

Artículo 3°.- El que ejecute o celebre, individual o colectivamente **cualquier hecho, acto o convención que impida, restrinja o entorpezca la libre competencia**, o que tienda a producir dichos efectos, será sancionado con las medidas señaladas en el artículo 26 de la presente ley, sin perjuicio de las medidas preventivas, correctivas o prohibitivas que respecto de dichos hechos, actos o convenciones puedan disponerse en cada caso. Se considerarán, entre otros, como hechos, actos o convenciones que impiden, restringen o entorpecen la libre competencia o que tienden a producir dichos efectos, los siguientes: a) Los acuerdos o prácticas concertadas que involucren a competidores entre sí, y que consistan en fijar precios de venta o de compra, limitar la producción, asignarse zonas o cuotas de mercado o afectar el resultado de procesos de licitación, así como los acuerdos o prácticas concertadas que, confiriéndoles poder de mercado a los competidores, consistan en determinar condiciones de comercialización o excluir a actuales o potenciales competidores. b) La explotación abusiva por parte de un agente económico, o un conjunto de ellos, de una posición dominante en el mercado, fijando precios de compra o de venta, imponiendo a una venta la de otro producto, asignando zonas o cuotas de mercado o imponiendo a otros abusos semejantes. c) Las prácticas predatorias, o de competencia desleal, realizadas con el objeto de alcanzar, mantener o incrementar una posición dominante. d) La participación simultánea de una persona en cargos ejecutivos relevantes o de director en dos o más empresas competidoras entre sí, siempre que el grupo empresarial al que pertenezca cada una de las referidas empresas tenga ingresos anuales por ventas, servicios y otras actividades del giro que excedan las cien mil unidades de fomento en el último año calendario. Con todo, sólo se materializará esta infracción si transcurridos noventa días corridos, contados desde el término del año calendario en que fue superado el referido umbral, se mantuviere la participación simultánea en tales cargos.

investigación fue archivada. Los efectos específicos que se deriven de la integración vertical existente entre una Isapre y un prestador, sólo se pueden analizar frente a un caso concreto, en virtud del cual sea posible sopesar los efectos negativos y las eficiencias⁷ derivadas de la misma, sin embargo la denuncia no mencionan conductas anticompetitivas específicas. Adicionalmente, a juicio de la FNE cuestiones propias de la estructura de mercado podrían ser más eficazmente abordadas a través de reformas legislativas y regulatorias. Por último, respecto sobre el posible incumplimiento del artículo 173, la FNE no se pronuncio, pues excedía sus potestades, señalando que esa interpretación correspondía hacerla al Minsal y a la Superintendencia de Salud.

La segunda investigación, Rol 2244-13, surge a causa de una denuncia confidencial en contra de todas las Isapres del mercado por conductas exclusorias derivadas de la integración vertical. Estas conductas exclusorias se agrupaban en las siguientes:

(i) Exclusión de algunos prestadores (no integrados) para hacer convenios: negativa por parte de algunas de las Isapres, de establecer convenios con clínicas y/o centros médicos con los cuales no están integrados verticalmente;

(ii) Sabotaje: en caso de existir convenio con prestador no integrado, negativa de emitir bono electrónico (no otorgamiento de I-Med);

(iii) Exclusión de algunos prestadores (no integrados) en la derivación de pacientes: derivación de afiliados únicamente hacia prestadores integrados, excluyendo a los demás competidores;

(iv) Exclusión de algunos prestadores (no integrados) de los planes de salud ofrecidos: la comercialización de planes de salud beneficiaría a sus propios prestadores institucionales de salud, excluyendo a los competidores de éstos.

El análisis de la FNE se centró en tres prestadores de la región metropolitana. Habiendo establecido el poder de mercado que poseen las Isapres, el cual está moderadamente concentrado⁸, la FNE realizó un exhaustivo estudio de cada una de las conductas denunciadas en cada uno de los prestadores supuestamente afectados. Sin embargo, ninguna conducta tenía la aptitud de excluir a estos tres prestadores denunciados⁹.

⁷ Algunas eficiencias son: reducción de costos de transacción, el alineamiento de incentivos entre prestador y aseguradora y la reducción de la doble marginación.

⁸ La concentración de una industria se mide tradicionalmente con el índice de Herfindal-Hirschman (IHH), el cual es la sumatoria de las participaciones al cuadrado. Los umbrales de concentración son establecidos por la FNE. El mercado de Isapres abiertas alcanza un índice de concentración HHI de 2.030 puntos en términos de beneficiarios y de 2.071 puntos si se mide por cotización percibida (legal más adicional voluntaria). En ambos casos, se trataría de un mercado moderadamente concentrado ($1.500 < IHH < 2.500$). Las Isapres Banmédica y Vida Tres pertenecen a un mismo holding, constituyendo un solo agente económico para efectos del análisis de libre competencia.

⁹ Confidenciales.

En concreto, los número de facturación de los prestadores denunciante mostraban un aumento de la facturación en el período donde supuestamente se estaba ejecutando la conducta. La FNE sólo pudo constatar un cambio en la composición de la facturación de estos prestadores, lo que no permite configurar una exclusión. Por el contrario, muestra la posibilidad que tienen los prestadores de sustituir pacientes ante acciones de una Isapre en particular. En conclusión, en esta investigación la FNE no observó efectos anticompetitivos en el caso de los tres prestadores de salud denunciante¹⁰, puesto que las conductas no superaban el estándar legal para ser calificadas como tales.

¹⁰ (i) En relación a la negación de suscripción de convenios, la eventual conducta se refería a las Isapres Banmédica y Vida Tres. Al respecto, es importante mencionar que la suscripción de convenios entre Isapres y prestadores de salud no se encuentra sujeta a ningún tipo de regulación particular, por lo que estas se rigen por la libertad de contratación entre partes. A juicio de la FNE, se descarta que esta conducta sea calificada como contraria a la libre competencia, por cuanto se está frente a un caso de *refusal to deal*, el cual para ser anticompetitivo requiere que el bien o servicio que se está negando a la empresa excluida sea esencial para que ésta pueda desarrollar su negocio, y en este caso no se cumpliría la condición de indispensabilidad del bien o servicio denegado. En primer lugar, este prestador mantiene convenios vigentes con las demás Isapres abiertas, además de Fonasa. En segundo lugar, dado que no existen inversiones específicas, no concurren costos significativos para que este prestador sustituya entre pacientes de una u otra aseguradora. De esta forma, el porcentaje de mercado que se cierra a este prestador producto de la negativa de venta no podría ser calificado como esencial para dicho prestador, al poder éste sustituir pacientes entre un asegurador y otro sin costos significativos.

(ii) De los antecedentes observados relativos a la comercialización de planes complementarios de salud, se observó en primer lugar que, por regla general, las Isapres investigadas no habrían implementado estrategias de incentivos monetarios a sus ejecutivos de venta de los cuales pudiese derivarse un favorecimiento de los planes con cobertura preferente en prestadores relacionados. No obstante, para Isapres Banmédica y Vida Tres, si bien se observó la entrega de mayores comisiones por la venta de productos de determinadas familias de planes dentro de un mismo rango de precio o cotización del plan complementario de salud y para la contratación de planes con prestadores relacionados, dicha conducta no habría sido suficiente para una exclusión de los prestadores objeto del análisis, en tanto dichos planes no representarían una proporción tal de los beneficiarios de dichas Isapres impliquen un perjuicio económico a los prestadores señalados en la denuncia que los excluya del mercado.

(iii) Por su parte, la eventual derivación de demanda de servicios de salud de los beneficiarios de dichas aseguradoras hacia sus propios prestadores relacionados, ya sea por medio de su oferta de planes de salud y/o mediante estrategias de derivación desde los prestadores de atención abierta hacia la oferta de servicios de salud de atención cerrada. La FNE señaló, que en el primer caso, no se debería de esquemas de incentivos a los ejecutivos de venta de planes, mientras que en el segundo caso, se demostró que la práctica habría tenido lugar sólo en términos verbales y en forma esporádica, sin que se cuenten con antecedentes al respecto que acrediten que sea una práctica llevada a cabo en la actualidad.

Específicamente, respecto a la eventual derivación de pacientes de la Isapre Consalud hacia la Clínica Bicentenario (integradas), en desmedro de la denunciante, la FNE señaló: En primer lugar, ninguna Isapre contaría con el suficiente poder de mercado sobre los pacientes del prestador denunciante como para llevar a cabo una estrategia exclusorias. En segundo lugar, al estudiar la facturación del prestador supuestamente perjudicado, la facturación venía cayendo de forma previa al ingreso de Clínica Bicentenario al mercado (2011), por lo que se hace difícil establecer este ingreso como la causa de la caída observada, y por otra parte, desde el año 2013 los niveles de facturación se recuperaron fuertemente, alcanzando sus mayores niveles para el período estudiado (2009-2014).

(iv) Respecto a que el prestador denunciante no puede aplicar el convenio directamente en los puntos de atención, pues no cuenta con la opción de compra de bonos vía I-Med de Masvida, la FNE señaló que si bien ello podría aumentar los costos de transacción para los pacientes de dicho prestador, no constituiría una conducta anticompetitiva en sí misma, al carecer de Masvida de poder de mercado para excluirlo.

En suma, la FNE ha analizado la integración vertical en el mercado de la salud privada en Chile tanto en términos abstractos como en un caso particular de supuesta exclusión. En términos abstractos, no fueron claros los efectos de la integración vertical, sin embargo existían ciertos riesgos de exclusión en el mercado. En el caso concreto de la investigación Rol 2244-13, no fue posible establecer que las conductas denunciadas constituyesen una infracción al artículo 3 del DL 211. Finalmente, la FNE opinó que las cuestiones propias de la estructura actual del mercado pueden ser más eficazmente abordadas a través de reformas legislativas y regulatorias. Lo anterior, es en el entendido que la FNE está monitoreando constantemente las conductas específicas en los distintos mercados.

III.2 Estudio de A. Galetovic y R. Sanhueza que estudia la tesis anticompetitiva de la integración vertical entre Isapres y prestadores de salud

En el año 2013, Alexander Galetovic y Ricardo Sanhueza, realizaron el estudio “Un análisis económico de la integración vertical entre Isapres y prestadores”¹¹. Los que están en contra de la integración vertical es porque le atribuyen a ella conductas anticompetitivas y este estudio lo que hace es mediante la evidencia ver si en la práctica la integración vertical en Chile tiene la aptitud de: (i) bloquear la entrada a prestadores independientes; (ii) de bloquear la entrada a Isapres no integradas; (iii) de concentrar el mercado de prestadores; (iv) de deteriorar la calidad de las prestaciones; (v) de estimular la inducción de prestaciones, y consecuencia de todo lo anterior; (vi) sería la integración vertical la que está detrás del aumento de los precios de los planes de salud.

Este estudio, concluye que en Chile la integración vertical si bien existe es limitada y que la tesis anticompetitiva es inconsistente con la evidencia.

Estructura del Mercado

Antes de examinar la tesis anticompetitiva de la integración vertical, se hace un breve análisis del mercado de Isapres abiertas y del mercado de prestadores, para una mejor comprensión posterior del análisis de integración vertical.

(i) Isapres Abiertas

En Chile existen 7 Isapres abiertas¹², de las cuales Banmédica y Vida Tres pertenecen a un mismo holding, por lo que para efectos de participación de mercado se contabiliza como una Isapre. Por otra parte, a Isapre Óptima los autores la consideran como una anomalía, pues hasta el año 2007 era una Isapre cerrada y se mantuvo atendiendo a ex empleados de la Empresa de Ferrocarriles del Estado. En este contexto, con excepción de Óptima, el tamaño de las 5 Isapres es similar, y al momento de hacer este estudio sus participaciones en términos de beneficiarios iban desde 14,4% de Masvida hasta el 25,7% de Banmédica/Vida Tres. Hay que señalar que desde que se hizo este estudio la participación de Banmédica/Vida Tres ha caído (24,5%), repartándose en el resto del mercado, lo que ha reducido brechas en la participación.

Por su parte, el número equivalente¹³ de Isapres al momento del estudio era de 4,9 (hoy 5,4), apenas por debajo de 5, lo que confirma que las Isapres son de tamaños parecidos (con la excepción de Óptima).

¹¹ Trabajo encargado por Inversiones La Construcción.

¹² En las Isapres abiertas (7 Isapres) la afiliación y planes de salud son de oferta pública, mientras que las Isapres cerradas (6 Isapres) otorgan prestaciones y beneficios a trabajadores de una determinada empresa o institución. En la actualidad (y al momento de este estudio) las Isapres abiertas son: Banmédica, Vida Tres, Colmena Golden Cross, Consalud, Cruz Blanca, Masvida y Óptima (ex Ferrosalud)

¹³ Como se señaló en las investigaciones de la FNE, la concentración de una industria se mide con el índice de Herfindal-Hirschman (IHH). El número equivalente de firmas es igual a $1/IHH$ y representa el número de

Por último, la industria se ha ido concentrando, pero los cambios en la participación no han sido relevantes, pues fueron desapareciendo las Isapres pequeñas. Entre 1991 al 2011 el número de Isapres abiertas disminuyó desde 20 hasta 7 (incluye Óptima, y a Banmédica y Vida Tres como Isapres distintas) y el número equivalente de Isapres cayó de 7,8 a 4,9. Se observa que el número de Isapres cae proporcionalmente más que el número equivalente de firmas, lo que indica que la caída del número de Isapres obedece a que, con la excepción de Óptima, las Isapres pequeñas fueron desapareciendo (se fueron fusionando pequeñas participaciones). A nivel regional, la industria de las Isapres es algo más concentrada que a nivel nacional.

(ii) Clínicas (y otros prestadores)

Es sabido que mientras mayor sea el tamaño eficiente de los prestadores relativo al tamaño de su demanda, menos prestadores entraran al mercado. En este trabajo se muestra que el tamaño eficiente de las clínicas en Chile es pequeño relativo al tamaño de su demanda, pues para entrar al mercado no necesitas un tamaño importante. En efecto, en Chile las clínicas operan con un tamaño medio de 77,6 camas, aunque la dispersión es amplia, pues el 79% de las clínicas tienen 100 o menos camas y la mitad menos de 45 camas.

Por otra parte, en este estudio se demuestra que en Chile el número de clínicas crece con el tamaño de la ciudad, es decir y como es de toda lógica, depende de la demanda esperada lo que a su vez depende del número de habitantes. Por lo mismo, entre más grande es el mercado (mayor número de habitantes que conllevan a una mayor demanda), menor es la concentración de prestadores. En efecto, las ciudades de Santiago y Viña-Valparaíso son en primer y segundo lugar las ciudades más grandes en número de habitantes y en igual orden las menos concentradas en cuanto a número de prestadores.

El estudio concluye, que la concentración de las clínicas cae con el tamaño de mercado, lo que sugiere que la entrada es libre y que al no existir economías de escala en las clínicas, no hay riesgos de monopolización. Adicionalmente, ayuda a desconcentrar este mercado, el que no sólo en clínicas se pueda acceder a atención, sino que también en prestadores ambulatorios (exámenes de laboratorio, de imágenes y consultas médicas). Estos centros tienen una escala eficiente aún más pequeña que las clínicas, lo que hace que la entrada al mercado sea aun más fácil.

La tesis anticompetitiva es inconsistente con la evidencia

Antes de analizar los posibles problemas a la competencia que conllevaría la integración vertical, hay que señalar que en Chile si bien la integración vertical existe, es limitada, pues sólo algunas Isapres son dueñas de unos pocos prestadores. Si se define verticalmente

firmas con igual participación de mercado que dan como resultado el mismo valor del índice de Herfindahl-Hirschman.

integrada a clínicas¹⁴ con alguna participación de los dueños de una Isapre, se tiene que 30 de las 85 clínicas lo son (35%), aunque la participación en el total de las camas es mayor, un 47,7% (una de cada dos camas). A nivel regional, en 15 de las 23 ciudades hay una clínica integrada. Ahora si se define que la integración existe cuando uno de los dueños tiene el 50% o más de la propiedad, el número de clínicas integradas cae a 17 (20%) y la participación en el total de las camas a 31,2% (1 de cada 3). En este caso, 9 de las 23 ciudades están integradas. En Santiago, 7 de 29 clínicas están integradas verticalmente¹⁵, siendo la participación del holding de 50% o más.

Adicionalmente, la extensión y profundidad de la integración vertical varía entre Isapres. Al momento del estudio, Colmena tiene participación (50%) sólo en la Clínica San Carlos de Apoquindo en Santiago, y que hoy ya no tiene. Al otro extremo, los dueños de Consalud tienen participación en 17 clínicas extendidas en 15 ciudades (tres de ellas en Santiago). Entre medio, Banmédica tiene cinco clínicas (tres de ellas en Santiago) y los dueños de Cruz Blanca tres, en Arica, Antofagasta y Viña del Mar. Al mismo tiempo, la profundidad de la integración vertical también varía entre Isapres. Consalud, participa con más del 50% de la propiedad en sólo 4 de sus 17 clínicas, mientras que Banmédica son dueños del 100% de cada una de sus clínicas, mientras que en caso de Cruz Blanca la participación es mayor a dos tercios.

Por otra parte, la integración vertical también se da entre Isapres y centros médicos. Masvida no tiene centro médico, los dueños de Consalud tienen una red de prestadores, Megasalud, extendida por 20 ciudades. Entre medio, están los dueños de Banmédica (Vidaintegra), los dueños de Colmena (Dial Médica) y los de Cruz Blanca (Integramédica).

Con todo, la evidencia es clara en demostrar que sólo algunas Isapres son dueñas de unos pocos prestadores, por lo que la integración vertical es un modelo de negocio que se observe en forma limitada en el mercado de la salud chilena. En otras palabras, la mayoría de los prestadores no tiene relación con una Isapre.

Como se dijo anteriormente, a la integración vertical se le atribuye una serie de aptitudes contrarias a la libre competencia, las que serán analizadas a continuación:

(i) Exclusión de prestadores independiente

Si las Isapres integradas excluyeran prestadores no relacionados, se debería observar que las Isapres bonificarían casi todas sus prestaciones en prestadores integrados, y por lo mismo casi no se observarían prestadores independientes.

Sin embargo, en este estudio se muestra que en promedio 1 de cada 4 pesos que bonifica una Isapre van a sus prestadores relacionados. En un extremo una Isapre le paga apenas el 6,1% de sus bonificaciones a sus prestadores verticalmente integrados; en el otro extremo,

¹⁴ Incluye sólo clínicas privadas que no sean mutuales, centros geriátricos, clínicas psiquiátricas o clínicas institucionales.

¹⁵ Consalud (Clínica Tabancura, Clínica Bicentenario y Clínica Avansalud), Banmédica (Clínica Santa María, Clínica Dávila y Clínica Vespucio), Mas Vida (Clínica Las Lilas).

otra Isapre le paga el 35,7% de sus bonificaciones a sus prestadores verticalmente integrados. Con todo, ninguna Isapre le paga menos de 2/3 de sus bonificaciones a prestadores no relacionados. Si a eso se le suma que la escala de operación de un prestador es pequeña, se tiene que la integración vertical entre Isapres y prestadores no le impide sobrevivir a prestadores independiente, aun en mercados pequeños.

A la discusión, se puede añadir que la misma Superintendencia de Salud, concluye en su estudio de diciembre de 2013 “Prestadores de Salud, Isapres y Holdings: ¿Relación Estrecha?”, que en promedio las Isapres abiertas compran menos de un 20% de las prestaciones para sus beneficiarios a prestadores relacionados.

Adicionalmente, si las Isapres integradas excluyeran a prestadores independientes, la estructura de la industria de los prestadores debería variar entre ciudades de Chile de manera similar a la estructura de la industria de las Isapres. Sin embargo, se vio que no existe relación entre la magnitud de la integración vertical en una ciudad y la concentración de las clínicas, la cual depende del tamaño/tamaño del mercado, vale decir, en mercados más grandes la concentración es menor. La variación de la estructura y del tamaño de las clínicas que se observa entre ciudades de Chile indica que la entrada en los mercados de prestadores es libre, lo que se facilita porque el tamaño eficiente de una clínica es pequeño.

Tampoco hay relación entre la variación de la estructura del mercado de las Isapres entre regiones y la variación de la estructura de las clínicas entre ciudades. En efecto, la concentración de las Isapres varía poco entre las distintas regiones de Chile y, más importante aún, no hay relación sistemática entre el tamaño de la región y la concentración de las Isapres.

En suma, se concluye no sólo que la integración vertical en este mercado es limitada, sino también que su existencia no imposibilita la entrada de otros actores.

(ii) Exclusión de Isapres no integradas verticalmente

Se dice también que un prestador integrado no estaría dispuesto a atender beneficiarios de otras Isapres, y que por lo mismo una Isapre no podría entrar al mercado de la salud sin su prestador. En este caso, deberíamos observar que no hay Isapres verticalmente separados ni prestadores verticalmente separados, lo que no se observa en la realidad, pues vimos que algunas Isapres son dueñas de pocos prestadores (30 de 85) y que la mayoría de los prestadores no tienen relación con una Isapre.

Además, si un prestador no aceptara a beneficiarios de otra Isapre todos sus ingresos (o su gran mayoría) deberían provenir de su Isapre relacionada. Sin embargo, en promedio los ingresos percibidos por prestadores integrados se descomponen de la siguiente manera: un poco más de 1/3 (36,6%) de los ingresos de las clínicas integradas verticalmente proviene de su Isapre, un poco menos de 1/3 de beneficiarios de otras Isapres (30,9%) y el 1/3 restante de beneficiarios de Fonasa (20,8%) y otros (11,7%). Es decir, 2/3 de los ingresos de prestadores integrados, proviene de beneficiarios que no pertenecen a su Isapre.

Con todo, la evidencia es inconsistente con la tesis de que la integración vertical excluye a las Isapres no integradas, descartándose que los prestadores integrados verticalmente excluyan beneficiarios de otras Isapres, es más, a las clínicas integradas verticalmente les conviene atender a los beneficiarios de otras Isapres y de Fonasa, y de hecho lo hacen. Notese que 1 de cada 5 pesos gastados en clínicas verticalmente integradas proviene de Fonasa, que en el margen compite con las Isapres.

(iii) Concentración de los prestadores

Se dice que la integración vertical aumenta la concentración en los mercados de prestaciones y con ello su precio. Por lo que deberíamos observar que la concentración de los prestadores es mayor en las ciudades donde la participación de los prestadores integrados es mayor. Sin embargo, la evidencia muestra que no hay relación entre concentración de las clínicas e integración vertical. La concentración varía con el tamaño del mercado, no con la extensión de la integración vertical. En concreto, Santiago y Viña-Valparaíso son las ciudades con menos concentración de prestadores, pero con mayor presencia de integración vertical, relación contraria a lo planteado. Por lo que la concentración, no tiene que ver con la extensión de la integración vertical, sino con el tamaño de mercado, el cual entre más grande es lleva a una menor concentración.

Como ya se ha señalado reiteradas veces, en Chile el número de clínicas crece con el tamaño de la ciudad, es decir, depende de la demanda esperada lo que a su vez depende del número de habitantes y vice versa, la concentración de las clínicas cae con el tamaño de mercado, lo que sugiere que la entrada es libre y que al no existir economías de escala importantes en las clínicas, no hay riesgos de monopolización. Además, no sólo en clínicas se puede acceder a atención, al menos en lo que se refiere a atenciones ambulatoria (exámenes de laboratorio, de imágenes y consultas médicas), lo que ayuda a descomprimir aún más al mercado de prestadores. Además, estos centros tienen una escala eficiente aún más pequeña que las clínicas, lo que hace que la entrada al mercado sea aun más fácil.

(iv) Atenuación de la calidad

Se dice que la integración vertical atenuaría la competencia en calidad entre prestadores, debido a que los prestadores verticalmente integrados tendrían un flujo de pacientes garantizados por su Isapre. La premisa de esto es que los beneficiarios de una Isapre se atienden sólo en los prestadores integrados con su Isapre y rara vez eligen un prestador no relacionado. Sin embargo, esto vimos no era así, pues tres de cada cuatro pesos bonificados por una Isapre se pagan a prestadores no relacionados. La libre elección fuerza a los prestadores verticalmente integrados a dar calidad similar a la calidad de los prestadores independientes.

(v) Estimular la inducción de prestaciones

La inducción de demanda consiste en que el médico solicite una prestación que no es médicamente necesaria o es más cara que otra que logra el mismo resultado. (i) A una Isapre integrada verticalmente, que maximiza utilidades en conjunto, no le conviene inducir prestaciones pues deberán ser financiadas por su asegurador; en tanto, (ii) a prestadores independientes y no relacionados les convendría inducir, pues la Isapre le paga un precio

por cada prestación. El problema de esto, es que la inducción consume recursos reales, eleva el costo de la salud, lo que termina elevando el precio de los planes pues las mayores bonificaciones se traspasan al precio del plan.

En este contexto, la integración vertical ayuda a evitar la inducción de prestaciones, lo que a la larga reduce el costo de la salud, ahorro en costos que es traspasado a los beneficiarios a través de copagos menores y planes más baratos. En todo caso, en Chile sólo los planes cerrados se asemejan a un modelo de integración vertical en donde los incentivos del asegurador están alineados con los del prestador, los que sólo corresponden a cerca del 1% de los planes comercializados, por lo que en la práctica no existen incentivos para contener la inducción de demanda por parte de algunos prestadores. Hay que entender que la inducción de demanda nace del prestador, que sabe hay un seguro que cubrirá la atención, y no al revés como se cree, es decir, que el asegurador incentive el prestador solicite más prestaciones, pues en un sistema de reembolso de pago por prestación, es el seguro el que debe bonificar esa demanda en exceso. Al contrario, el verdadero temor de la integración vertical debiese ser que el asegurador no quisiera bonificar lo solicitado por el prestador.

En tanto, en el estudio de la Superintendencia de Salud, “Integración Vertical: Efectos sobre gasto de bolsillo (copago) y cobertura efectiva en beneficiarios de Isapre” (SdS, 2015), se señala que “las ventajas de la integración vertical es que evita el riesgo moral (sobre consumo de prestaciones de salud) al alinear los incentivos del seguro con los del prestador, dado que ambos se benefician de las ganancias de cada uno, a través del control del uso de prestaciones de salud”.

En términos de la realidad respecto a la creencia de que la Isapre integrada fuerzan a que el prestador induzca demanda y con ello se eleve el precio por prestación, hay que decir que la evidencia mostró que en promedio los prestadores independientes o no relacionados le cobran a las Isapres 35% más que los prestadores verticalmente integrados. Nuevamente, la tesis planteada es inconsistente con la evidencia.

(vi) La integración vertical es la que está detrás del aumento de los precios de los planes de salud

Toda la evidencia planteada a lo largo del estudio demuestra que la integración vertical existente en Chile en ningún caso lleva a conductas anticompetitivas, que conduzcan a poder de mercado, a exclusiones de participantes y con ello a alzas artificiales de precio. Si bien es un hecho que los precios de los planes han ido en aumento, este incremento no ha sido consecuencia de que las Isapres compiten cada vez menos intensamente, porque algunas se han integrado verticalmente con prestadores, como algunas personas plantean. Nuevamente la evidencia plantea algo distinto.

En efecto, si bien entre 1991 y 2011 las cotizaciones por cotizantes¹⁶ se multiplicaron por 2,22, los costos directos¹⁷ por cotizante, aumentaron aún más rápido y se multiplicaron por

¹⁶ Precio promedio de los planes.

2,38. Es decir, entre 1991 y 2011 el precio de los planes aumentó más lento que los costos directos¹⁸. Cuando el precio medio crece más lento que los costos directos, el margen de explotación cae. En efecto el margen de explotación como porcentaje de los ingresos cayó desde 23,2% en 1991 a 15,6% en 2011. De esta forma, no hay evidencia de que el poder de mercado de las Isapres haya impulsado mayores ganancias operacionales.

Por otra parte, se señala que las Isapres bonifican en promedio 2/3 del precio de cada prestación, porcentaje que se ha mantenido estable en el tiempo.

Con todo, los precios de los planes de salud se elevan porque los costos de la salud aumentan, y dichos aumentos deben traspasarse a precio. En concreto, los costos de la salud crecen por mejoras tecnológicas, envejecimiento de la población y aumento de ingresos de los pacientes, todo lo cual los lleva a demandar cada vez más prestaciones y de mejor calidad. Se demostró más arriba que la integración vertical en Chile si bien existe es limitada, y no es razonable pensar que la integración vertical sea un medio eficaz para bloquear la entrada o explotar el poder de mercado. En otras palabras, las Isapres integradas no tienen el poder de elevar artificialmente el precio de las prestaciones de sus prestadores, pues a las Isapres no les conviene pagar ese mayor precio en prestaciones o una mayor inducción de demanda, por lo que integración vertical no es la que causa el alza de precios de los planes. Es más, una real integración vertical lleva a maximizar las utilidades en conjunto, lo que genera ahorro de costos que son traspasados a precio a los cotizantes a través de planes más baratos y menores copagos.

En síntesis, el estudio de Galetovic demostró:

(i) Que en Chile la mayoría de los prestadores no tienen relación con una Isapre, por lo que si bien existe la integración vertical ésta no es la regla.

(ii) En promedio, tres de cada cuatro pesos que bonifica una Isapre van a prestadores no relacionados, de lo cual se desprende que los beneficiarios de una Isapre se atienden mayoritariamente en prestadores no relacionados, lo que derriba cualquier teoría de exclusión de prestadores no relacionados.

(iii) En promedio, los beneficiarios de una Isapre propia pagan sólo uno de cada tres pesos que recibe a una clínica integrada, de lo que se desprende que los prestadores integrados atienden beneficiarios de competidores. No existe evidencia de exclusión de Isapres.

(iv) Adicionalmente, no existen impedimentos que dificulten la entrada al mercado de prestadores. Al contrario, la concentración cae con el tamaño de mercado, indicio es que la

¹⁷ Principalmente bonificaciones y licencias médicas.

¹⁸ Alrededor de 2/3 del costo por bonificaciones se debe a que el número de prestaciones por cotizante se multiplicó 1,7, pasando desde 24,2 en 1991 a 41,2 en 2011. El tercio restante del aumento del costo de bonificaciones obedece a que el precio promedio de cada prestación se multiplicó por 1,47. Por su parte, el costo en licencias médicas se multiplicó por 1,87.

entrada es libre. Adicionalmente, la evidencia muestra que los prestadores independientes no compiten en desventaja con los prestadores integrados.

(v) En relación a la menor calidad que pudiese generar la integración vertical, se demuestra que la libre elección fuerza a los prestadores verticalmente integrados a dar calidad similar a la calidad de los prestadores independientes. Además, de que se vio que los prestadores integrados proveen de atención mayoritariamente a pacientes de Isapres no integradas, de Fonasa o particulares.

(vi) En términos de la realidad respecto a la creencia de que la Isapre integrada fuerzan a que el prestador induzca demanda y con ello se eleve el precio por prestación, hay que decir que la evidencia mostró que en promedio los prestadores no relacionados le cobran a las Isapres 35% más que los prestadores verticalmente integrados. Nuevamente, la tesis planteada es inconsistente con la evidencia.

(vii) La evidencia lleva a que no es razonable pensar que la integración vertical sea un medio eficaz para bloquear la entrada o explorar el poder de mercado en la industria del otorgamiento y financiamiento de prestaciones de salud.

(viii) El precio de los planes aumenta porque el costo en salud aumenta, pero no por la existencia de poder de mercado derivado de la integración vertical.

IV. Conclusiones: Integración Vertical sin Efectos Anticompetitivos

Cada cierto tiempo se reactiva la discusión pública de que las Isapres sólo se deben dedicar a financiar las prestaciones y beneficios de salud, pero sin participar directa o indirectamente en la propiedad de los prestadores, buscándose dar un paso más allá en la legislación, de modo de impedir y sancionar, la integración vertical entre Isapres y prestadores, pues sus detractores alegan que mediante ella se realizan prácticas anticompetitivas en el mercado de la salud. En concreto, a la integración vertical existente en Chile – algunas Isapres y algunos prestadores pertenecen a un mismo holding – sus detractores le atribuyen la aptitud de excluir competidores, inducir atenciones de salud y artificialmente elevar el precio de prestaciones y planes a través de un abuso de poder monopólico.

En primer término, hay que entender que la relación existente entre Isapres y prestadores con controladores comunes, no es lo que en temas de competencia se entiende por integración vertical. Para que exista integración vertical no basta con tener controladores comunes, sino que los miembros de estas jerarquías deben estar coordinados y tener metas comunes. En adelante, se hablará de integración vertical, pero hay que dejar en claro que en estricto rigor no se trata de dicha figura de modelo de negocio.

Por otra parte, estudios legales y técnicos analizados en este Informe, dan cuenta tanto de la legitimidad de la integración vertical entre Isapres y prestadores, así como de la falta de evidencia de que de ella se derivan conductas anticompetitivas.

El Informe del constitucionalista Patricio Zapata, apuntó a que la integración vertical entre Isapres y prestadores que existe en Chile es legítima y no hay argumentos jurídicos para prohibirla, pues su ejercicio no vulnera garantías constitucionales, por lo que promover su restricción sería inconstitucional. En efecto, la integración vertical sólo estaría vulnerando derechos constitucionales si a través de ella se estuviera perjudicando a los beneficiarios y/o competidores a través de prácticas anticompetitivas. Sin embargo, no existen argumentos técnicos permitan aseverar que la integración vertical en Chile es negativa para la industria.

En efecto, tanto las investigaciones de la FNE como el estudio de expertos en temas de libre competencia, no pudieron acreditar conductas anticompetitivas que se le atribúan a la integración vertical existente entre algunas Isapres y algunos prestadores y centros médicos.

En particular, la FNE en su segunda investigación, a partir de una denuncia confidencial, buscó determinar si había habido o no una eventual negativa por parte de algunas Isapres de establecer convenios con prestadores no integrados; derivación de afiliados solo a prestadores relacionados; y comercialización de planes complementarios de salud que beneficiaban sólo a sus prestadores relacionados y en caso de existir convenio con un prestador no integrado, negativa de emitir bono electrónico. En su resolución, la FNE señaló que de los antecedentes observados no fue posible establecer la existencia de alguna conducta anticompetitiva por parte de las Isapres investigadas. Asimismo, señaló que no

fue posible constatar efectos negativos de la integración vertical entre Isapres y clínicas, estipulando que lo anterior no implica un juicio respecto a si la estructura es positiva o negativa. Por último, señaló que ninguna de las Isapres investigadas contaría con suficiente poder de mercado como para llevar a cabo una estrategia de exclusión.

Por su parte, el informe de Galetovic y Sanhueza, también mediante el estudio de la evidencia derriban las aptitudes anticompetitivas que suelen atribuírsela a la integración vertical. Los autores, inicialmente, señalan que en Chile la mayoría de los prestadores no tienen relación con una Isapre, por lo que si bien existe la integración vertical ésta es limitada. Luego, mediante cifras se derriba tanto la teoría de que con la integración vertical se excluyen prestadores no integrados como que se excluyen Isapres no integradas. En efecto, estimaron que en promedio tres de cada cuatro pesos que bonifica una Isapre van a prestadores no relacionados y por otra parte, estimaron que en promedio los beneficiarios de una Isapre propia pagan sólo uno de cada tres pesos que recibe a una clínica integrada. De lo anterior se desprende que los beneficiarios de una Isapre se atienden mayoritariamente en prestadores no relacionados y que los prestadores integrados atienden beneficiarios de competidores. Por lo que, no existe evidencia que sustente ni la exclusión de prestadores ni la exclusión de Isapres. Por otra parte, los autores demuestran que no existen barreras a la entrada en el mercado de prestadores, pues la escala eficiente es baja y se observa que existe una amplia oferta de prestadores (tamaño camas). Adicionalmente, la concentración de prestadores no tiene relación con la existencia de integración vertical, sino con el tamaño de la demanda/mercado, vale decir, entre más grande es una ciudad menor es la concentración de prestadores. Por último, a las Isapres integradas no les conviene inducir demanda, pues ellas financian esa eventual mayor demanda, y en concreto, la evidencia muestra que en promedio los prestadores no integrados le cobran a las Isapres un 35% más que los verticalmente integrados.

Con todo, el estudio de Galetovic y Sanhueza, mediante el uso de evidencia concluye que no es razonable pensar que la integración vertical sea un medio eficaz para bloquear la entrada o explorar el poder de mercado y con ello elevar artificialmente el precio de las prestaciones y consecuentemente las tarifas de los planes de salud. Es más, una real integración vertical lleva a maximizar las utilidades en conjunto, lo que genera ahorro de costos que son traspasados a precio a los cotizantes a través de planes más baratos y menores copagos.

En suma, no existe evidencia que sustente que la integración vertical existente en Chile entre aseguradores y prestadores privados de salud genere efectos anticompetitivos, y sin embargo, cada cierto tiempo esta relación es objeto de críticas infundadas, que sólo conducen a que la opinión pública saque conclusiones erradas y alejadas de la realidad.

A lo anterior tampoco contribuye la autoridad reguladora, la Superintendencia de Salud, pues en el marco del oficio de la Contraloría a esta Superintendencia donde se le solicita investigar la integración vertical y si existen infracciones a la ley, dicha institución emitió un informe que afirma que la vinculación de Isapre y clínicas no favorecería a sus afiliados, pues los afiliados de instituciones integradas tienen menos cobertura y pagan 19% más que

usuarios de otras aseguradoras que se atienden con plan preferente en centros de un holding¹⁹. Dejando de lado el hecho que no compartimos la metodología de comparación utilizada, el estudio no se hace cargo del hecho que con él se demuestra que la integración vertical no excluye ni a prestadores ni a Isapres no integradas pues los beneficiarios de Isapres no integradas pueden atenderse en prestadores integrados y prestadores integrados atienden a pacientes de Isapres no integradas. En otras palabras, en cuanto a la integración vertical el estudio demuestra, aun cuando no lo explicita, que la integración vertical no genera barreras a la entrada a otros competidores (tanto Isapres como prestadores), y por lo mismo todos los pacientes de Isapre tienen acceso a diversos prestadores, a precios de mercado y con una cobertura efectiva que bordea el 90%.

En suma, la evidencia no avala ninguna de las conductas anticompetitivas que se le atribuyen a la integración vertical en Chile. En particular, no hay barreras de entradas para que competidores no integrados participen de este mercado, ni los prestadores integrados inducen el consumo de prestaciones innecesarias pues financieramente es irracional que su Isapre financie dichas prestaciones. Además, la misma FNE señaló que ninguna de las Isapres investigadas contaría con suficiente poder de mercado como para llevar a cabo una estrategia de exclusión. Con todo, no es posible atribuir a la integración vertical la facultad de elevar artificialmente los precios de las prestaciones y con ello los precios de los planes complementarios de salud. De hecho, al igual que en el resto del mundo, los precios de los planes de salud se elevan por un aumento en los costos de salud, los cuales son impulsados por mejoras tecnológicas médicas, una población que envejece y aumento de ingresos, todo lo cual lleva a demandar cada vez más prestaciones y de mejor calidad.

No sólo la evidencia no avala la conducta anticompetitiva de la integración vertical existente en Chile, sino que el hecho que tanto Isapres como prestadores tengan distintos incentivos económicos y maximicen sus utilidades por separado, lleva a que en estos mercados exista competencia. En este caso las Isapres pagan las prestaciones con una cobertura estipulada en el plan, la que puede ser mediante libre elección o prestador preferente, mientras los prestadores aceptan todo tipo de pacientes, ya sea con Isapre relacionada o no relacionada, pacientes de Fonasa o pacientes privados. Las Isapres firman un contrato con sus afiliados, por lo que no es posible que un asegurador no quiera pagar las prestaciones médicas a un prestador que no esté en su holding, los afiliados escogen donde atenderse si mediante la libre elección o un prestador preferente, el que no necesariamente es el prestador integrado. Adicionalmente, las Isapres al negociar con los prestadores lo que quieren es conseguir el mejor precio con la mejor calidad para resolver los problemas de salud de sus afiliados, independientemente de si ello se lo provee un prestador relacionado o no. Eso sí, es un hecho que los costos de resolución de problemas de salud en prestadores relacionados generan una bonificación mayor (menor copago) a sus usuarios, lo cual no quita que las Isapres hagan convenios (planes cerrados) para conseguir los mismos beneficios con prestadores no relacionados.

¹⁹ Diario La Tercera, 1 de diciembre de 2016, pag. 17. “Estudio revela que integración vertical de clínicas e Isapres no favorece a sus afiliados”. Extraído del estudio de la SdS, “Integración vertical: efecto sobre gasto de bolsillo (copago) y cobertura efectiva en beneficiarios de Isapre”.

Con todos estos argumentos técnicos sobre la mesa, es incomprensible que se siga asegurando que la integración vertical en el sector de salud es negativa de por sí. Es peligroso que por desconocimiento, desinformación o simplemente ideología, se quiera prohibir la integración vertical, pues la actividad privada en salud ha realizado una gran labor incentivando el desarrollo en infraestructura, tecnología médica y un personal de salud que cada vez es más calificado, lo que ha llevado a acercar la salud de calidad no sólo a los 3,5 millones de beneficiarios de Isapre sino que también a más de 5 millones de personas del Fonasa a través de la modalidad de libre elección. El querer restringir que un grupo económico invierta en un sector, a la larga a lo único que conduce es a una reducción de la oferta, lo que eleva los precios de las atenciones, o dicho de otro modo, concentra la oferta de prestadores en segmentos más altos de ingresos, lo que a la larga perjudica a grupos más vulnerables que hoy si están pudiendo acceder a salud de calidad y a un costo asequible.

V. Referencias

Copetta C. Prestadores de Salud, Isapres y Holdings: ¿Relación Estrecha? Departamento de Estudios Superintendencia de Salud (2013).

Copetta C., Tegtmeier R., Leyton G. Integración Vertical: Efecto sobre gasto de bolsillo (copago) y cobertura efectiva en beneficiarios de Isapre. Departamento de Estudios Superintendencia de Salud (2015).

Denuncia Rol 2182-13 FNE, de fecha 18 de diciembre de 2013.

Denuncia Rol 2244-13 FNE, de fecha 31 de agosto de 2015.

Galetovic A., Sanhueza R. (2013). Un análisis económico de la integración vertical entre Isapres y Prestadores.

Revista Economía Internacional (2007). La integración vertical en el sistema de salud Colombiano. Rev. econ. inst. vol. 9 n° 17 Bogotá jul/dic. 2007.

Zapata P. (2013). Las Isapre, la Libre Competencia y la Constitución Política.