



**¿TIENE EFECTOS SOBRE LA LIBRE COMPETENCIA EL QUE ISAPRES Y PRESTADORES PRIVADOS DE SALUD PERTENEZCAN A UN MISMO GRUPO ECONÓMICO? UNA REVISIÓN A LA EVIDENCIA LOCAL**

M. Constanza Forascepi Crespo

# ¿Tiene efectos sobre la libre competencia el que Isapres y prestadores privados de salud pertenezcan a un mismo grupo económico? Una revisión a la evidencia local\*

Noviembre 2021



## M. Constanza Forascepi Crespo

Economista, Universidad Católica de Chile. Magister (c) en Economía Aplicada, mención en políticas públicas de la misma universidad. Diplomado de Libre Competencia de la Universidad Adolfo Ibáñez (en curso). Actualmente trabaja en Denk Consultores, asesorando a empresas en materias de salud, competencia y regulación de mercado. Con anterioridad fue gerente de estudios de la Asociación de Isapres y trabajó por más de 10 años en la Consultora Económica P. Rojas & Asociados en el área de libre competencia.

El objetivo de esta investigación es analizar si el control por parte de un mismo grupo económico, de Isapres<sup>1</sup> y prestadores de salud privados<sup>2</sup>, tiene efectos que atentan contra la libre competencia. Lo anterior es relevante, porque esta relación de propiedad es motivo de discusión pública y busca ser eliminada por la vía legislativa, amparándose en la idea que esta figura pasa a llevar el giro único de las Isapres y genera efectos anticompetitivos exclusorios, entre otros.

Para facilitar la comprensión del análisis, en la sección I se presentará la norma que ha determinado el giro único de las Isapres (inciso primero del artículo 173, DFL N° 1). En la sección II, se explicará que, aunque las Isapres y prestadores pertenezcan a un mismo grupo económico, si estas instituciones no cuentan con metas comunes (alineadas desde la matriz), no corresponde a lo que en organización industrial se denomina una relación de integración vertical, aunque por simplicidad se le denominará de este modo. Luego, en la sección III, se verá que a nivel de industria esta llamada integración vertical es acotada, puesto que la mayoría de los prestadores privados no tienen una relación de propiedad con un grupo que a su vez sea dueño de una Isapre. Con ello, en la sección IV, se expondrán distintas conductas anticompetitivas que se le han imputado a la integración vertical entre Isapres y prestadores y mediante la evidencia recogida se concluirá, que es muy difícil argumentar que exista un sustento técnico que avale dichas presunciones. Finalmente, en la sección V, se presentarán las principales conclusiones.

## I. GIRO ÚNICO DE LAS ISAPRES

El inciso primero del artículo 173 del DFL N° 1, señala que *"Las instituciones (Isapres) 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 de la administración de prestadores"*. Es decir, las Isapres tienen

---

\* Las opiniones expresadas en ese artículo son responsabilidad de la autora.

1 Las Instituciones de Salud Previsional, Isapres, fueron creadas en 1981. Se rigen en virtud del Decreto con Fuerza de Ley N° 1, 2005, que "fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2.763, de 1979 y de las leyes N° 18.933 y 18.469". Ministerio de Salud, República de Chile (en adelante, DFL N°1) y son supervisadas por la Superintendencia de Salud. Estas entidades privadas funcionan en base a un esquema de seguros, estando facultadas para recibir y administrar la cotización obligatoria de salud (7% remuneración imponible) y voluntaria de los trabajadores y personas, que libre e individualmente optaron por ellas en lugar del sistema de salud estatal (Fonasa). A cargo de estas cotizaciones las Isapres financian prestaciones de salud y el pago de licencias médicas curativas.

2 Clínicas privadas (centros hospitalarios) y Centros Ambulatorios (centros médicos, laboratorios, imagenología, entre otros).

giro único, el que es, financiar prestaciones y licencias médicas curativas, estando separadas sus funciones de la provisión de las prestaciones de salud.

Hacia fines de los noventa los dueños de las Isapres comenzaron a adquirir parte o la totalidad de la propiedad de algunas clínicas y centros ambulatorios, y a ese proceso se denominó como de integración vertical. Dicha propiedad común, algunos consideran destruye la función de agencia o de giro único que las Isapres están llamada a cumplir. Es en este contexto que, en enero de 2013 un grupo de Senadores introducen un proyecto de ley (Boletín N° 8792-11), mediante el cual buscan modificar el artículo 173, con el fin de alcanzar una prohibición estricta que tienen las Isapres de participar en la administración de los prestadores<sup>3</sup>.

El artículo 173 no prohíbe la convivencia de aseguradoras y prestadores en un mismo grupo económico. Pero más relevante, es que el control por parte de un mismo grupo económico no trasgrede el giro único de las Isapres, cual es, financiar prestaciones y beneficios de salud sin participar en la administración de prestadores. En este sentido, no hay necesidad de buscar la prohibición de esta figura, no al menos, bajo el sustento de incumplimiento del giro único de las Isapres.

Pese a lo anterior, la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, quiso ser más explícita con la delimitación de la participación de las Isapres en la administración de los prestadores, y en el año 2014, impartió la Circular IF/N° 211<sup>4</sup>, la cual *“prohibió a los miembros del Directorio, Consejo de Administración, Consejo Consultivo o entidad similar, la alta gerencia y los ejecutivos clave de las funciones de control de una Isapre, participar en forma simultánea, en dichos roles, en prestadores de salud, ni tener injerencia en la administración de los mismos”*. Esta Circular se cumple a cabalidad, pues los altos ejecutivos de las Isapres no participan de la administración de los prestadores de salud y vice versa.

Es importante destacar que, ni el artículo 173 ni la Circular N° 211, evitan que el controlador común observe qué es lo que ocurre en ambos negocios en que participa. Así como tampoco evitan que eventualmente se rompan las murallas chinas entre ambos negocios, porque la ley no prohíbe que un director o alto ejecutivo que está basado en el *holding* pueda pertenecer a un prestador o Isapre. Esta situación sí me parece relevante en la discusión, pese a no haber sido tratada, pues de llegar a ocurrir generaría conflictos de interés importantes en el manejo de información. No obstante, al revisar la participación de directores y principales ejecutivos de las sociedades matrices y sus filiales, dichos modelos corporativos no se observan, lo que puede indicar que estas instituciones se han auto regulado.

---

3 Boletín N° 8792-11, que modifica art. 173 del Decreto Ley N° 1, de 2005, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2.763, de 1979 y de las leyes N° 18.933 y 18.469, con el objeto de impedir y sancionar, la integración vertical de instituciones previsionales de salud y, prestadores de beneficios de salud, en: [https://www.senado.cl/appsenado/templates/tramitacion/index.php?boletin\\_ini=8792-11](https://www.senado.cl/appsenado/templates/tramitacion/index.php?boletin_ini=8792-11). Moción de los Honorables Senadores señor Rossi, señora Rincón y señores Girardi, Gómez y Ruiz-Esquide que propone reemplazar el artículo 173 por el siguiente: *“Las Instituciones tendrán por objeto exclusivo el financiamiento de las prestaciones y beneficios de salud. No podrán constituir empresas relacionadas, filiales o coligadas, con el objeto de desarrollar actividades de prestación. Asimismo, no podrán explotar, a cualquier título, derechos sociales o acciones de sociedades ni formar parte de contratos de asociación cuentas en participación de empresas del mencionado rubro”*. Esta modificación al artículo 173 fue suspendida, pero incorporada en las indicaciones de la reforma de las Isapres (Boletín N° 8105-11, que modifica el Sistema Privado de Salud, incorporando un plan garantizado, en: [https://www.senado.cl/appsenado/templates/tramitacion/index.php?boletin\\_ini=8792-11](https://www.senado.cl/appsenado/templates/tramitacion/index.php?boletin_ini=8792-11)), discusión que se encuentra detenida en el Senado desde octubre de 2019.

4 Superintendencia de Salud, *Circular IF/N° 211 que Imparte instrucciones sobre la prohibición que tienen las Instituciones de Salud Previsional de participar en la administración de prestadores* (febrero 2014), [https://www.supersalud.gob.cl/normativa/668/articles-8961\\_recurso\\_1.pdf](https://www.supersalud.gob.cl/normativa/668/articles-8961_recurso_1.pdf)

## II. LA INTEGRACIÓN VERTICAL EXIGE UNA COORDINACIÓN ENTRE ASEGURADORAS Y PRESTADORES, NO BASTA CON TENER CONTROLADORES COMUNES

Las firmas integradas verticalmente además de compartir un mismo dueño y estar unidas por una jerarquía que participa en más de una etapa de un proceso productivo, maximizan su utilidad en conjunto, generalmente, con el fin de incrementar eficiencias en el proceso productivo. Esta última característica, no se observa en la denominada integración vertical entre Isapres y prestadores privados en Chile, donde su vinculación se circunscribe exclusivamente a la propiedad común, pero no a una maximización común de beneficios o coordinación de metas.

En efecto, las Isapres y prestadores pertenecientes a un mismo grupo empresarial, en la práctica funcionan como dos empresas independientes, siendo la prioridad del gerente general de cada Isapre maximizar su utilidad y la del gerente general de cada clínica maximizar la suya. En este contexto, cada Isapre hace convenios con distintos prestadores (relacionados y no relacionados) para satisfacer la demanda de salud derivada de su oferta de planes vendidos, mientras que a las clínicas y centros médicos les conviene recibir la mayor cantidad de pacientes, independiente de cuál sea su tipo de seguro (Isapre relacionada o no, Fonasa, otro). En la sección IV, lo anterior, se demostrará empíricamente.

Incluso si esta figura constituyera la de integración vertical, donde el aseguramiento estuviese completamente integrado con el tratamiento médico, ello no sería anticompetitivo per se, lo que se demuestra a través de evidencia práctica y de diversos estudios. En cuanto a la evidencia práctica, muchos países desarrollados han avanzado hacia estos modelos de salud integrada<sup>5</sup> porque con ellos se logra una contención de costos importantes, que va en directo beneficio de los asegurados a través de menores primas y copagos.

Al respecto, se han escrito diversos estudios respecto a las ventajas y desventajas de la integración vertical entre aseguradores y prestadores. En Holanda, por ejemplo, un estudio teórico y empírico concluyó que la integración vertical entre aseguradores y prestadores (escrito en el marco de la discusión de una ley que buscaba prohibirla) puede producir varios resultados deseables en términos de mejor calidad y estado de salud y también contención del gasto en salud<sup>6</sup>. Otras investigaciones, concluyen que con la alineación de objetivos (maximización del beneficio conjunto) se alcanza una mayor eficiencia, al controlar mejor los costos de administración<sup>7</sup> y la provisión de servicios con incentivos eficientes a la acción de los prestadores<sup>6</sup>. Asimismo, se facilita la gestión del riesgo y se mejora la calidad de atención de los pacientes, al disminuir las asimetrías de información entre asegurador y asegurado<sup>8</sup>. También se reducen o eliminan los problemas de

---

5 MedlinePlus, "Managed Care", *Health Topics*, última visita: 10 de noviembre de 2021, <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/managedcare.html>

The Kaiser Family Foundation and Health Research & Educational Trust, *2020 Employer Health Benefits Survey Section 8* (octubre 2020), <https://www.kff.org/report-section/ehbs-2020-section-1-cost-of-health-insurance/> En EEUU están los modelos Kaiser Permanente en California y los planes de salud administrada (HMO, PPO, POS, HDHP/SO).

6 Annika B. van der Heiden, *The advantages and disadvantages of insurer-provider integration: what are implications for dutch health care policy?* (2013).

7 Douglas A. Conrad y Stephen M. Shortell, "Integrated health systems: promise and performance", *Frontiers of Health Services Management* 13, N° 1 (1996), <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10159629/>.

8 Ad Vermaas, *Agency, managed care and financial-risk sharing in general medical practice* (Rotterdam: Erasmus University Rotterdam, 2006).

doble marginación<sup>9</sup> de beneficios<sup>10</sup>. En suma, al centralizar la entrega del servicio en un proveedor médico calificado, se contiene el gasto innecesario, se controla mejor la calidad y al paciente (crónicos, enfermedades graves), lo que termina traspasándose a los beneficiarios mediante el pago de menores primas y copagos.

Así como la (completa) integración vertical en salud no es mala per se, también puede presentar riesgos, si es que se alcanzan posiciones de dominio importantes que erijan artificialmente barreras a la entrada de nuevos competidores (aseguradores o prestadores no integrados)<sup>11</sup> o si se busca reducir excesivamente los costos a expensas de la calidad<sup>12</sup>, pero ello no debiese ser problema si en estos mercados no existe una aseguradora monopsónica o las barreras de entrada en el mercado asegurador y prestador son bajas, lo que debe analizarse caso a caso.

Volviendo a Chile, donde la integración vertical circunscribe exclusivamente a la propiedad común, la Fiscalía Nacional Económica (FNE), ha llevado a cabo dos investigaciones para determinar si la integración vertical entre Isapres y clínicas privadas generaba efectos anticompetitivos y en ninguno de los dos estudios encontró riesgos de conductas que infrinjan la libre competencia. En la primera investigación (2013), Rol N° 2182-13<sup>13</sup>, la FNE analiza la integración vertical en términos abstractos, por lo que no fueron claros los efectos. En la segunda investigación (2015), Rol N° 2244-13<sup>14</sup>, se estudia un caso particular de supuesta exclusión, donde no fue posible establecer que las conductas denunciadas<sup>15</sup> constituyeran una infracción al artículo 3° del DL 211.

---

9 Cuando dos organizaciones separadas con poder de mercado comercian verticalmente, es probable que ambas agreguen margen (ganancias) a sus productos. Esto se denomina doble marginación y conduce a un precio más alto del producto final y, por lo tanto, reduce el bienestar del consumidor. Según Karen Eggleston, George Norman y Lynne Marie Pepall, la integración vertical conducirá a una consideración integral del precio (marginación singular) y, por lo tanto, a ganancias de eficiencia y de bienestar al consumidor (Karen Eggleston, George Norman y Lynne Marie Pepall, "Pricing Coordination Failures and Health Care Provider Integration", *Contributions to Economic Analysis & Policy* 3, N° 1, febrero 2004).

10 Eggleston, Norman y Pepall, "Pricing coordination failures and health care provider integration".

11 Michiel Bijlsma, Arno Meijer y Victoria Shestalova, "Vertical relationships between health insurers and health care providers", *CPB Document*, N° 167 (agosto 2008), <https://www.cpb.nl/en/publication/vertical-relationships-between-health-insurers-and-healthcare-providers#>.

12 Stephen M. Shortell, Robin R. Gillies y David A. Anderson, "The new world of managed care: creating organized delivery systems", *Health Affairs* 13, N° 4, 46-64, [https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.13.5.46?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori:rid:crossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub%20%20pubmed](https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.13.5.46?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed).

13 *Denuncia del H. Senador Fulvio Rossi y del Consejo Regional de Valparaíso del Colegio Médico de Chile A.G. por integración vertical en el mercado de la salud privada*, Rol N° 2182-13 FNE, Minuta de archivo (2013).

14 *Denuncia por eventuales conductas anticompetitivas en el mercado de la salud privada*, Rol N° 2244-13 FNE, Informe de archivo (2015).

15 Las 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.

### III. A NIVEL DE INDUSTRIA LA INTEGRACIÓN VERTICAL EN CHILE ES ACOTADA

A nivel de industria, la integración vertical existente en Chile es limitada, pues la mayoría de los prestadores no tiene relación con una Isapre: sólo 18 de las 74<sup>16</sup> (24%) clínicas privadas que existen en Chile tienen una participación mayoritaria<sup>17</sup> en su *holding*<sup>18</sup>. Ver Cuadro 1.

Sin embargo, la participación en el total de camas de clínicas privadas es mayor, 39%. Cabe destacar, que las Isapres Banmédica y Vida Tres cuentan con 5 clínicas integradas, casi la mitad de las clínicas con que cuenta Consalud (9) y casi el mismo número de clínicas que Cruz Blanca (4), pero en número de camas, cuenta con casi 200 camas más que la primera y algo más de 2,5 veces la segunda.

En relación con los centros ambulatorios<sup>19</sup>, de un total de 2.617<sup>20</sup> centros que existen en el país sólo 80 (56 en Santiago/24 en regiones) están relacionado con alguna Isapre. Los centros ambulatorios relacionados con las Isapres Banmédica y Vida Tres se ubican mayoritariamente en Santiago, mientras que Consalud es la única que cuenta con una mayor presencia de centros ambulatorios relacionados en regiones que en Santiago.

Por otra parte, de las seis Isapres abiertas existentes, dos instituciones -Colmena y Nueva Masvida- no se encuentran integradas con ninguna clínica, contando Colmena con solo un centro médico ambulatorio (Medicien) y 8 laboratorios clínicos, todos en Santiago.

---

16 Clínicas de Chile, "Dimensionamiento del sector de salud privado en Chile. Actualización a cifras 2018", [https://www.clinicasdechile.cl/wp-content/uploads/2020/07/DIMENSIONAMIENTO\\_FINAL\\_CIFRAS\\_2018.pdf](https://www.clinicasdechile.cl/wp-content/uploads/2020/07/DIMENSIONAMIENTO_FINAL_CIFRAS_2018.pdf)

17 99,9% o 100%.

18 En el caso de Empresas Banmédica se excluyó a Clínica Iquique, por contar el *holding* con una participación del 7,91%.

19 Centros médicos, laboratorios, centros imagenología.

20 1.104 en la Región Metropolitana.

## Cuadro 1: Isapres abiertas relacionadas a través de *holdings* con prestadores privados de salud a nivel nacional (año 2020)

Holdings	Isapre (1)	Clínicas (C.) / Centros Hospitalarios	Nº Camas	Ciudad	Centros Ambulatorios (2)	Ciudad	Hospitalización Domiciliaria
Empresas Banmédica	Banmedica (23%)	C. Santa María C. Dávila C. Vespuccio	1.276	Santiago Santiago	13 Vidaintegra (11 Santiago/2 Región)	11 Santiago 2 Valparaíso	Home Medical Clinic  Help (servicio de rescate médico domiciliario)
	Vida Tres (5%)	C. Bio Bio C. Ciudad del Mar		Concepción Viña del Mar	6 Laboratorios	Santiago	
Bupa Chile	Cruz Blanca (21%)	C. Bupa Santiago C. Bupa Reñaca C. Bupa Antofagasta C. San José	487	Santiago Viña del Mar Antofagasta Arica	25 Integramédica (18 Santiago/7 Región)	18 Santiago Copiapó/La Serena /Ovalle/Rancagua/ Talca/Concepción/ Talcahuano	Clinical Service
					2 Laboratorios 7 Sonorad	1 Santiago 6 Santiago	
Inversiones La Construcción S.A. (ILC)	Consalud (22%)	C. RedSalud Providencia C. RedSalud Santiago C. RedSalud Vitacura C. RedSalud Iquique C. RedSalud Elqui C. RedSalud Valparaíso C. RedSalud Rancagua C. RedSalud Mayor Temuco C. RedSalud Magallanes	1.035	Santiago Santiago Santiago Iquique La Serena Valparaíso Rancagua Temuco Pta. Arenas	18 C. Médico Red.Salud (5 Santiago/13 Región)	5 Santiago Antofagasta/Calama/ Chillán/Concepción/ Iquique/Rancagua/ LosAngeles/ Valparaíso/Pto.Mon tt/Pta.Arenas/ Temuco/Valdivia/ Viña del Mar	
Colmena Holding	Colmena Golden Cross (20%)				1 Centro Médico (Medicien) 8 Laboratorios y Vacunat.	Santiago	
Nexus Chile SPA	Nueva Masvida (10%)						

Fuente: Elaboración propia en base a Memoria Empresas Banmédica<sup>21</sup> 2021, Memoria Bupa Chile 2020<sup>22</sup>, Memoria Red Salud 2020<sup>23</sup> y web RedSalud; Expediente Público F271-21, página 94<sup>24</sup>.

(1) Entre paréntesis se muestra la participación de mercado de las Isapres abiertas, calculadas en base a la cartera de beneficiarios de agosto de 2021 publicada por la Superintendencia de Salud<sup>25</sup>.

(2) Se excluyeron los centros de atención dental.

**Evidencia 1:** 1 de 4 clínicas privadas pertenece a un mismo controlador que una Isapre, por lo que se puede decir que la integración vertical en Chile es acotada a nivel hospitalario.

**Evidencia 2:** La integración vertical no es relevante a nivel ambulatorio.

**Evidencia 3:** En Santiago se concentra el mayor número de clínicas relacionadas y no relacionadas, lo que da luces de que la entrada al mercado prestador es libre y no se necesita economías de escalas, sino más bien depende del tamaño de mercado. De acuerdo con Galetovic y Sanhueza (2013)<sup>26</sup>, en el mercado prestador,

21 Banmédica, "Memoria Anual Empresas Banmédica 2020", <https://www.empresasbanmedica.cl/wp-content/uploads/2020/03/MEMORIA-ANUAL-EBM-2020.pdf>

22 Bupa, "Bupa Chile Memoria 2020", [https://www.bupa.cl/bupa/site/artic/20150205/asocfile/20150205123941/memoria\\_2020\\_bupa\\_chile.pdf](https://www.bupa.cl/bupa/site/artic/20150205/asocfile/20150205123941/memoria_2020_bupa_chile.pdf)

23 Redsalud, "Memoria Anual 2020", [https://www.redsalud.cl/assets/archivos/memorias/20/Memoria\\_REDSALUD\\_2020\\_web.pdf](https://www.redsalud.cl/assets/archivos/memorias/20/Memoria_REDSALUD_2020_web.pdf)

24 Adquisición de control en Colmena Salud S.A. por parte de Nexus Chile SpA, F271-21, Notificación eventual adquisición (2021).

25 Superintendencia de Salud, *Estadística Mensual de Cartera de Beneficiarios del Sistema Isapre Agosto* (2021), <https://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/w3-article-19943.html>

26 Alexander Galetovic y Ricardo Sanhueza, "Un análisis de la integración vertical entre Isapres y prestadores", *Working Paper* (junio 2013).

mientras más grande el mercado, más clínicas entran y la concentración cae. Sin embargo, en Chile, aunque el tamaño promedio de las clínicas (número de camas) crece con el tamaño de mercado, tiene un límite en poco más de 100 camas por clínica (tamaño eficiente, se alcanzan economías de escala).

#### IV. ¿TIENE EFECTOS SOBRE LA LIBRE COMPETENCIA EL QUE ISAPRES Y PRESTADORES PRIVADOS DE SALUD PERTENEZCAN A UN MISMO GRUPO ECONÓMICO?

En las causas presentadas ante la Fiscalía Nacional Económica (FNE) -Rol N° 2182-13 y Rol N° 2244-13- se menciona que la integración vertical: (i) estimula la inducción de prestaciones y la sobreutilización del plan de salud, lo que lleva al alza artificial de los planes (Rol N° 2182-13); (ii) genera barreras de entradas para competidores no integrados, tanto para el caso de Isapres (Rol N° 2182-13) como de prestadores (Rol N° 2244-13); y (iii) excluye prestadores no integrados de los planes de salud ofrecidos (Rol N° 2244-13). En tanto, un estudio realizado por la Superintendencia de Salud<sup>27</sup> en el año 2015, indicó que la integración vertical podría (iv) disminuir la competencia en base a la calidad y (v) tiende a concentrar el mercado de prestador.

A continuación, se analizarán estas cinco conductas que se le imputan a la integración vertical entre Isapres y prestadores, centrándome en tres consideraciones: primero, si ocurren en la realidad; segundo, si son o no causadas por la integración vertical; y tercero, si de ocurrir, genera efectos anticompetitivos.

##### **Hipótesis (i): “La integración vertical estimula la inducción de prestaciones y la sobreutilización del plan de salud, lo que lleva al alza artificial de los planes”**

*“La integración vertical induce el consumo de prestaciones y la sobreutilización del plan”*

Los seguros generan lo que se conoce como problemas de “riesgo moral” (*moral hazard*)<sup>28</sup>, los que en el caso de los seguros de salud incitan a: (i) la inducción de demanda y (ii) la sobreutilización del plan, y como resultado de ambos comportamientos se eleva el uso de atenciones y con ello el gasto en salud.

La inducción de demanda consiste en que un prestador ordena atenciones que no son médicamente necesarias u ordena una prestación más cara que otra con la cual se obtendría un mismo resultado. En el caso chileno, las Isapres y prestadores pertenecientes a un mismo grupo controlador maximizan sus utilidades por separado, existiendo incentivos por parte de los prestadores a inducir prestaciones y cobrar al paciente la bonificación al tope del plan (dilución del copago). Por su parte, las aseguradoras bajo ningún esquema tienen incentivos para que el prestador solicite más prestaciones, porque reembolsan bajo un sistema de pago por prestación, siendo la aseguradora quien debe bonificar esa demanda innecesaria. Si las aseguradoras y prestadores maximizaran su utilidad en conjunto, los prestadores no tendrían incentivos para inducir prestaciones, porque las metas estarían alineadas.

---

Isapre Estudio solicitado por Inversiones La Construcción.

27 Claudia Copetta, Roberto Tegtmeier y Gonzalo Leyton, “Integración Vertical: Efecto sobre gasto de bolsillo (copago) y cobertura efectiva en beneficiarios de Isapre”, *Departamento de Estudios y Desarrollo de la Superintendencia de Salud* (julio 2015).

28 Kenneth J. Arrow, “Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care”, *The American Economic Review* 53, N° 5 (diciembre 1963), 941-973, <https://www.jstor.org/stable/1812044>.

El segundo problema de riesgo moral, en el caso de los seguros de salud, es que una vez asegurados, las personas demandan más prestaciones de salud, aumentando, al igual que en el caso de la inducción, artificialmente el gasto en salud. En este caso, son los beneficiarios los que deciden hacer un sobreuso de su plan y no las Isapres.

*"La integración vertical es la responsable del alza de los precios de los planes de salud"*

Es un hecho que los precios de los planes han ido en aumento, pero este incremento no ha sido consecuencia de la integración vertical, sino de los problemas de riesgo moral que incitan los seguros y que, como se indicó, generan inducción de demanda por parte de prestadores y sobreuso por parte de asegurados. Adicionalmente, el envejecimiento de la población y el aumento de los ingresos de las personas, también llevan a un mayor uso de prestaciones y consecuentemente a un aumento de los gastos de salud, los que igualmente se ven presionados al alza por los constantes avances en las tecnologías médicas.

En los últimos años el gasto real en salud ha crecido en mayor medida que el aumento del precio de los planes. A modo de ejemplo, entre los años 2012 y 2019<sup>29</sup> los ingresos por cotizante se multiplicaron 1,15 veces (símil aumento precio planes), mientras el gasto en salud (atenciones y licencias médicas) por cotizante se multiplicó 1,22 veces<sup>30</sup>, impulsado este último por un incremento en el uso de prestaciones<sup>31</sup> y de licencias médicas<sup>32</sup>.

**Conclusión 1:** Financieramente a una aseguradora no le conviene cubrir prestaciones innecesarias, ya sean inducidas por prestadores o por el sobreuso que le dan a su plan los pacientes, pero no tiene control sobre estas variables exógenas a su administración. En este contexto, la integración vertical -entendida como la maximización de utilidades conjuntas- es una respuesta eficaz a los problemas de inducción de demanda y sobreuso. A una aseguradora le conviene integrarse verticalmente con un prestador y atender a sus afiliados sin inducirles prestaciones, minimizando el uso de prestaciones innecesarias, lo que se traduce en ahorros en costos de salud, los que son traspasados a los beneficiarios a través de menores copagos y/o planes más baratos.

**Conclusión 2:** Los precios de los planes de salud se elevan porque aumenta el uso de prestaciones y licencias médicas, aumentando los costos de la salud por sobre la inflación y el crecimiento del PIB.

**Conclusión 3:** Aun cuando algunas Isapres y prestadores pertenezcan a un mismo controlador, maximizan sus utilidades individuales. En este escenario, eliminar o restringir el sobreuso y la dilución del copago solo se pueden alcanzar limitando la libre elección, y ello sólo se logra haciendo convenios con prestadores cerrados o integrándose verticalmente, entendiéndose esto último como la maximización conjunta de las utilidades de las aseguradoras y prestadores de salud. En el sector privado de salud chileno, si bien existe la posibilidad de contratar planes con prestadores cerrados, a precios más baratos y copagos menores, que planes con libre elección, los primeros casi no son demandados. Ello, porque los beneficiarios de Isapres

29 El año 2020 estuvo afectado por la pandemia Covid-19, y por eso se toma el período previo para no mostrar información que pudiese estar distorsionada.

30 En pesos de diciembre de 2019. Elaboración propia, en base a información financiera y de cartera disponible en Superintendencia de Salud, "Series Estadísticas", <https://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/w3-propertyvalue-3757.html> y de precios, disponible en Instituto Nacional de Estadísticas, "Índice de Precios al Consumidor", *Índices de precios e inflación*, <https://www.ine.cl/estadisticas/economia/indices-de-precio-e-inflacion/indice-de-precios-al-consumidor>

31 El número de prestaciones por cotizante aumento desde 41,9 en 2012 a 50,4 en 2019, multiplicándose 1,2 veces.

32 El gasto en licencias médicas ha estado impulsado por un incremento del número de días de licencias como de los ingresos cubiertos.

valoran fuertemente la libre elección y optan libremente pagar por ella<sup>33</sup>.

**Hipótesis (ii) y (iii): “La integración vertical genera barreras de entrada a prestadores no integrados y lleva a que las Isapres integradas excluyan prestadores no integrados de los planes de salud ofrecidos”**

*“La integración vertical excluye prestadores no integrados verticalmente con una Isapre”*

Si las Isapres integradas excluyeran prestadores no relacionados, se debería observar que las Isapres bonificarían casi todas sus prestaciones en prestadores integrados, y casi no existirían prestadores no integrados, lo que en la realidad no se advierte.

El Cuadro 2 muestra el destino de las bonificaciones realizadas por Isapres con prestadores relacionados durante el año 2020, distinguiendo entre prestadores relacionados y el resto de los prestadores privados a los que se suma la bonificación que se hace a hospitales públicos, siendo esta última muy irrelevante.

La evidencia muestra que, en promedio, un 28% de las bonificaciones que paga una Isapre va a prestadores integrados. En el extremo inferior, una Isapre paga 19% de sus bonificaciones a sus prestadores relacionados y en el otro extremo un 45%.

**Evidencia 4:** En promedio, de 4 pesos (chilenos) que bonifica una Isapre, un poco más de 1 peso va a sus prestadores relacionados y los 3 pesos restantes van a prestadores no relacionados.

**Conclusión 4:** La integración vertical entre Isapres y prestadores no impide que prestadores no relacionados con una Isapre puedan competir en este mercado.

**Cuadro 2: Bonificaciones de las Isapres por tipo de prestador (1)  
(en porcentaje, año 2020)**

	Promedio Simple (2)
<b>Prestador relacionado</b>	<b>28%</b>
Prestadores no relacionados (3)	72%
<b>Total</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaborado en base a “Análisis Razonado de los Estados Financieros Consolidados Isapres” diciembre 2020.

(1) Incluye prestadores hospitalarios y ambulatorios.

(2) Incluye información de cuatro Isapres con prestadores relacionados (Banmédica, Vida Tres, Cruz Blanca y Consalud) que representaban un 70% de los beneficiarios en diciembre 2020.

(3) Incluye prestadores privados independientes y hospitales públicos. Cerca de un 3% corresponde a bonificación a hospitales públicos.

33 Existe un *trade-off* (costo-beneficio) entre libre elección y precio de los planes, a mayor libre elección, mayor es precio de los planes.

*“La integración vertical excluye prestadores no integrados de planes ofrecidos”*

La suscripción de convenios entre Isapres y prestadores de salud se rigen por la libertad de contratación entre partes. El que se excluya a un prestador de un plan ofrecido no puede calificarse como contraria a la libre competencia (negativa de venta), porque para que sea anticompetitivo el bien o servicio excluido debe ser esencial para que ésta pueda desarrollar su negocio, y en general lo que ocurre, es que, si un prestador no llega a un acuerdo con una Isapre, llega a un acuerdo con otra. Y esto se ve en la práctica, los prestadores mantienen convenios vigentes con algunas Isapres y Fonasa, y con otras no, por lo que el porcentaje de mercado que se le cierra si no llega a acuerdo con una Isapre no puede ser calificado como esencial para dicho prestador<sup>34</sup>.

**Conclusión 5:** El que se excluya a un prestador de un plan ofrecido no es contrario a la libre competencia, porque el porcentaje de mercado que se le cierra si no llega a acuerdo con una Isapre no puede ser calificado como esencial para dicho prestador.

*“La integración vertical excluye Isapres no integradas verticalmente con un prestador”*

Otra línea de argumentación en contra de la integración vertical señala 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.

Lo anterior es contraintuitivo y, por lo mismo, no se observa en la realidad. A un prestador, esté o no integrado con una aseguradora, le conviene maximizar sus beneficios, por lo que atenderá al mayor número de pacientes, independiente del tipo de seguro de éstos.

Si un prestador no aceptara a beneficiarios de otra Isapre o de Fonasa (seguro público) todos sus ingresos (o su gran mayoría) deberían provenir de su Isapre relacionada. Sin embargo, la evidencia muestra (Cuadro 3) que, al disgregar las fuentes de ingresos de los prestadores relacionados con alguna Isapre, se observa que, en promedio, 1/3 (33%) de los ingresos de los prestadores integrados verticalmente proviene la Isapre de su mismo grupo controlador, el otro 1/3 (35%) de beneficiarios de Fonasa y el 1/3 restante de beneficiarios de otras Isapres (23%) y de otros (9%).

**Cuadro 3: Origen de los ingresos de los prestadores verticalmente integrados  
(en porcentaje, año 2020)**

	Promedio Simple (1)
<b>Isapre relacionada</b>	<b>33%</b>
Otras Isapres	23%
Fonasa	35%
Particulares/Otros	9%
<b>Ingresos Prestadores Integrados</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaborado en base a Memorias Grupos 2020, Estados Financieros Isapres 2020 y Análisis Razonado de los Estados Financieros Consolidados Isapres 2020.

(1) Incluye información de cuatro Isapres con prestadores relacionados que representaban un 70% de los beneficiarios en diciembre 2020.

34 A mayor abundamiento, ver *Denuncia por eventuales conductas anticompetitivas en el mercado de la salud privada*, Rol N° 2244-13 FNE, Informe de archivo (2015), par. 47.

Ahora, si excluimos al grupo empresarial de mayor relevancia en número de camas, se observa que, en promedio, apenas 1/5 (22%) de los ingresos proviene de Isapres relacionadas, 28% de beneficiarios de Isapres no relacionadas, 33% de Fonasa y 16% de particulares u otros.

**Evidencia 5:** 2/3 de los ingresos de prestadores integrados, proviene de beneficiarios que no pertenecen a la Isapre de su mismo grupo empresarial.

**Conclusión 6:** La integración vertical no excluye a las Isapres no integradas, una Isapre sin prestador relacionado puede competir, de hecho, Colmena y Nueva Masvida lo hacen.

**Conclusión 7:** A las clínicas integradas e independientes les conviene atender al mayor número de pacientes. En este sentido, a las clínicas integradas les es rentable atender no sólo a pacientes provenientes de su Isapre, sino que también de otras Isapres y de Fonasa, y de hecho lo hacen, por lo que se descarta que los prestadores integrados verticalmente excluyan beneficiarios de otras Isapres.

*¿Existen barreras de entradas que inhiban la competencia en el mercado de Isapre?*

Las Isapres son una industria moderadamente concentrada, de acuerdo con los umbrales definidos por la Fiscalía Nacional Económica, ya sea tomemos las participaciones en base a beneficiarios o cotizaciones de las seis Isapres abiertas o agreguemos a Banmédica y Vida Tres como un solo agente económico (pertenecen a un mismo grupo empresarial)<sup>35</sup>.

Con relación a las barreras de entradas, desde el punto de vista legal y tecnológico (disponibles para cualquier entrante) no existen mayores requerimientos que pudieran inhibir la entrada de nuevos actores a la industria. En cuanto a los requerimientos de capital<sup>36</sup>, éstos no son mayores que en otras industrias y son perfectamente accesibles a través del mercado de capitales nacional e internacional.

La mayor dificultad que enfrenta un nuevo entrante al mercado de las Isapres es alcanzar una masa crítica suficiente de personas que permita hacer rentable su negocio de seguros<sup>37</sup>, pero ya con la cartera necesaria debe incurrir en los mismos costos (gastos en fuerza de venta, publicidad, sucursales, etc.) que las existentes para mantener su cartera de clientes y se verá obligada a disputar a los afiliados en un mercado altamente competitivo. El único grupo que no es disputable son los cautivos (personas con preexistencias) de cada Isapre<sup>38</sup>, pero, para todos los demás, existe la posibilidad de competir y levantar afiliados vía políticas comerciales apropiadas, influyendo también la (in)satisfacción de los usuarios en sus Isapres.

---

35 El índice Herfindahl-Hirschmann (HHI) se utiliza tradicionalmente para medir la concentración en una industria y se define como la suma de los cuadrados de las participaciones de mercado de cada oferente de una industria.

La FNE define que un mercado está poco concentrado si su IHH es menor a 1500, está moderadamente concentrado si su IHH está entre 1500 y 2500, y está altamente concentrado si su IHH es mayor 2500. El caso del mercado de las Isapres (usando la cartera de beneficiarios de agosto de 2021), se obtiene un índice IHH de 1.943 si tomamos la participación de las seis Isapres que lo conforman y un índice IHH de 2.165 si tomamos a las Isapres Banmédica y Vida Tres como un solo agente económico.

36 Artículo 178-DFL 1. Las Instituciones deberán acreditar, al momento de presentar la solicitud de registro a la Superintendencia, un capital mínimo efectivamente pagado, equivalente a cinco mil unidades de fomento. Las Instituciones deberán constituir, al momento de ser registradas, una garantía equivalente a dos mil unidades de fomento. Asimismo, las Instituciones deberán mantener un patrimonio igual o superior a 0,3 veces sus deudas totales. Dicha relación será revisada mensualmente por la Superintendencia. En todo caso, el patrimonio nunca podrá ser inferior a cinco mil unidades de fomento.

37 El fin de los seguros de salud es proteger la variabilidad de los ingresos de sus asegurados frente a eventos médicos de alto costo. Para su financiamiento se requiere un pool de riesgo mixto y para ello es necesario alcanzar una masa crítica suficiente de beneficiarios.

38 Aproximadamente un 30% de los contratos de salud.

**Conclusión 8:** La mayor barrera de entrada al mercado de las Isapres es alcanzar una masa crítica suficiente de personas que permita alcanzar un pool de riesgo mixto.

**Hipótesis (iv): “La integración vertical disminuye la competencia en base a la calidad”**

Se ha dicho también que la integración vertical permitiría deteriorar la calidad de las prestaciones, al asegurar un flujo de pacientes provenientes de la Isapre relacionada a su prestador, lo que menguaría la competencia en calidad de los prestadores. Esta afirmación supone que los beneficiarios de una Isapre se atienden exclusivamente en los prestadores integrados con su Isapre y con poca frecuencia eligen un prestador no relacionado. Sin embargo, se mostró que 3 de cada 4 pesos chilenos bonificados por una Isapre se pagan a prestadores no relacionados. Además, la decisión de con que prestador atenderse, está en manos de los beneficiarios, teniendo en sus planes más de una opción de atención en prestadores preferentes, además de contar con la libre elección.

**Conclusión 9:** La libre elección lleva a que los prestadores compitan por los pacientes y obliga a brindar una calidad equivalente de atención entre prestadores con similares características.

**Hipótesis (v): “La integración vertical tiende a concentrar el mercado de prestador”**

Se cree que la integración vertical tiende a concentrar el mercado prestador, para neutralizar el poder monopsonico del seguro, puesto que los prestadores necesitan los servicios del seguro para mantener un flujo de demanda. Y a causa de ello, se concentrarían más los prestadores en las ciudades/regiones donde existe mayor integración vertical (Santiago).

Como se mostró en la sección III, la concentración de prestadores varía con el tamaño de mercado y no con la mayor o menor existencia de integración vertical. Es más, en las ciudades/regiones donde se concentra un mayor número de beneficiarios de Isapres y de población en general, existe una mayor oferta de prestadores privados. Por otra parte, los prestadores aseguran su flujo de demanda haciendo convenios tanto con Isapres como con Fonasa y directamente con los pacientes.

**Conclusión 10:** La concentración de prestadores depende del tamaño de mercado y no de la existencia de integración vertical. No hay relación entre integración vertical y concentración de prestadores.

## V. CONCLUSIONES

1. El control por parte de un mismo grupo económico no trasgrede el giro único de las Isapres -financiar prestaciones y beneficios de salud sin participar en la administración de prestadores-, por lo que en este sentido no hay necesidad de prohibir esta figura (artículo 173 DFL N°1).
2. Sí se debe prestar atención a una eventual trasgresión de las murallas chinas entre ambos negocios, porque la ley no prohíbe que un director o alto ejecutivo que está basado en el *holding* pueda pertenecer a un prestador o Isapre. No obstante, al revisar la participación de directores y principales ejecutivos de las sociedades matrices y sus filiales, dichos modelos corporativos no se observan, lo que puede indicar que estas instituciones se han autoregulado.
3. En Chile, la denominada integración vertical entre Isapres y prestadores privados se circunscribe exclusivamente a la propiedad común, pero no a una maximización común de beneficios o coordinación de metas. Pero, incluso si esta figura constituyera la de integración vertical, donde el aseguramiento

estuviese completamente integrado con el tratamiento médico, ello no sería anticompetitivo per se y de hecho muchos países desarrollados han avanzado hacia estos modelos de salud integrada porque con ellos se logra una contención de costos importantes que va en directo beneficio de los asegurados a través de menores primas y copagos.

4. En efecto, en Chile, al no estar el aseguramiento integrado con la provisión de servicios de salud, se generan problemas de inducción de demanda (por parte de prestadores) y de sobreuso de plan (por parte de asegurados). Es decir, una verdadera integración vertical (maximización conjunta de utilidades) es una respuesta eficiente a los problemas de riesgo moral de los seguros, y conduce a menores copagos y planes más baratos.
5. En el caso chileno, se observó que la relación entre Isapres y prestadores a través de controladores comunes, es acotada, pues la mayoría de los prestadores no pertenecen a un mismo grupo empresarial que una Isapre y existen Isapres verticalmente separadas de prestadores (Colmena y Nueva Masvida).
6. En relación con la posible generación de barreras de entradas, las Isapres integradas no excluyen prestadores no relacionados, pues 3 de 4 pesos chilenos que bonifican van a prestadores no relacionados. Por otra parte, 2/3 de los ingresos que reciben los prestadores integrados provienen de beneficiarios que no pertenecen a su Isapre, por lo que no se cierra el mercado a Isapres no relacionadas.
7. El hecho de que tanto Isapres como prestadores tengan distintos incentivos económicos y maximicen sus utilidades por separado, lleva a que en estos mercados exista competencia. Por el lado de las Isapres, éstas pagan las prestaciones de acuerdo con la cobertura estipulada en el plan (prestador preferente o libre elección), 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 indefinido 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*. A su vez, 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.
8. Lo anterior, no quiere decir que el control común de algunas Isapres y prestadores a través de *holdings* no deba ser regulado, controlado y fiscalizado por la Superintendencia de Salud, pero no hay motivos para eliminarla. La insistencia en buscar su prohibición legal parece estar más basada en ideologías que en evidencia empírica.
9. Las políticas públicas que se lleven a cabo en el país, para que sean beneficiosas para las personas, deben basarse en fundamentos teóricos y empíricos sólidos. El querer restringir que un grupo económico invierta en un sector, sin un sustento técnico, puede conducir a concentrar la oferta privada de salud, lo que afectaría directamente a los consumidores, generando una brecha más amplia de desigualdad en oportunidad, acceso y calidad en salud.



Este documento se encuentra sujeto a los términos y condiciones de uso disponibles en nuestro sitio web:  
<http://www.centrocompetencia.com/terminos-y-condiciones/>

**Cómo citar este artículo:**

Constanza Forascepi Crespo, "¿Tiene efectos sobre la libre competencia el que Isapres y prestadores privados de salud pertenezcan a un mismo grupo económico? Una revisión a la evidencia local",  
*Investigaciones CeCo* (noviembre, 2021),

<http://www.centrocompetencia.com/category/investigaciones>

Envíanos tus comentarios y sugerencias a [info@centrocompetencia.com](mailto:info@centrocompetencia.com)  
CentroCompetencia UAI – Av. Presidente Errázuriz 3485, Las Condes, Santiago de Chile