

Resumen Ejecutivo: Estudio Mercado de la Salud Privada

El estudio que se presenta a continuación aborda diversos problemas identificados en el mercado de la salud privada, especialmente en relación al mercado de prestadores y aseguradoras, así como los vínculos entre ambos. Los principales puntos y conclusiones de dicho trabajo se resumen a continuación:

- (1) *El estudio se funda en una creciente preocupación por algunos indicadores económicos en el ámbito de la salud y el convencimiento acerca del rol que la competencia puede jugar en mejorarlos. Especialmente alarmante es la participación del gasto de bolsillo en el financiamiento de las prestaciones.*

El estudio repasa los principales indicadores en el ámbito de la salud. Aunque a primera vista el **7,8% del PIB que representa el gasto en salud** no resulta alarmante en comparación con otros países como EE.UU. o Alemania, es importante notar que el gasto per cápita de Chile en salud es el más alto de los países Latinoamericanos y que la tasa de crecimiento de dicho gasto es mayor a la del promedio de los países del OCDE. No obstante, el gasto *per se* no aporta demasiada información. Lo que se requiere es una medida del gasto ligada a resultados, para obtener un índice del rendimiento que se obtiene a partir del gasto efectuado.

Otras cifras, empero, resultan más preocupantes. En primer lugar, **el gasto de bolsillo en salud** (financiamiento de copagos por prestaciones de salud y fármacos que no tienen ningún tipo de financiamiento previsional), medido como porcentaje del gasto en consumo total **es superior al del promedio de los países del OCDE**, superando a países como Suecia, España, EE.UU. e Italia. Si se observa la evolución de dicho gasto (porcentualmente), puede notarse que de 1997 a 2007 éste sólo disminuyó para el V y IV quintil de ingresos, aumentando para el III y manteniéndose constante para el I y II. La preocupación por el ámbito de los prestadores en este estudio dice relación con el porcentaje que cada una de estas áreas representa en el gasto total de los hogares: junto a los medicamentos, las prestaciones son, por mucho, los gastos en salud más sustantivos de cada hogar. En efecto, los servicios profesionales representan un 41% del gasto total, mientras que los medicamentos representan un 34%. Si se agrega a los servicios profesionales el gasto en hospitalizaciones (16% del total y un 23% para el I quintil) veremos que más de la mitad del gasto en salud que realizan los hogares van destinados al pago de prestadores ambulatorios y/o hospitalarios.

Los datos recién señalados pueden explicarse en los altísimos precios de las prestaciones. Un estudio de la International Federation of Health Plans muestra que Chile ocupa el **segundo o tercer lugar en términos de precios para prestaciones** tan comunes y recurrentes como apendicitis, angioplastias y costos de hospitalización por día.

Todos los factores destacados, observados en conjunto, llaman a realizar un serio análisis de este mercado y proponer soluciones para mejorar su funcionamiento. Este estudio se estructura sobre el convencimiento de que **el aumento de competencia puede contribuir en una medida importante a dicha labor**. Descansa, para ello, en diversos estudios teóricos y empíricos, algunos de los cuáles han sido considerados en una reciente publicación de la OCDE sobre competencia entre prestadores de salud.

La evidencia muestra que, cuando los precios se encuentran regulados, los prestadores intentarán mejorar sus ganancias por la vía de captar un mayor número de pacientes (en lugar de generar cobros más altos a un número de pacientes reducido), para lo cual se verán obligados a explicitar indicadores de calidad comparables. **La competencia entre prestadores con precios regulados operará, así, en la variable “calidad” y se encuentra correlacionada con una mejoría sustantiva en la mayoría de las mediciones** (menor número de reingresos, menores tiempos de estadía, mayor número de problemas resuelto a través de intervenciones ambulatorias –poco invasivas–, menor número de infecciones intrahospitalarias, bajas en las tasas de mortalidad –ajustada por riesgo-, etc.) No es necesario, ni plausible, que los pacientes sean capaces de observar estas mejorías en calidad, pero su publicación permite que terceros (médicos generalistas y aseguradoras), actuando como agentes de los consumidores, canalicen la demanda hacia los prestadores más eficientes.

La evidencia es menos clara cuando la competencia incluye la variable “precios”. Si los precios pueden ser libremente determinados por los prestadores, éstos los utilizan como un mecanismo de diferenciación de productos y segmentación de mercado, diferenciación que permite suavizar la competencia y aumentar la complejidad de los factores a considerar por los actores que operan como agentes de los consumidores. No obstante, si los mecanismos institucionales permiten incrementar la sensibilidad de la demanda en relación a la calidad y disminuir la sensibilidad de la demanda en relación al precio, puede esperarse que la competencia entre prestadores genere también mejoras en calidad junto con disminuir los precios.

(2) El mercado de seguros de salud operado por las Isapres muestra bajísima movilidad de cotizantes, un importante grado de concentración y alta rentabilidad.

Al analizar el mercado de de Isapres, lo primero que llama la atención son los **altísimos niveles de concentración presentes en la industria**. Cinco grupos económicos controlan un 99,2% del mercado de Isapres abiertas: Banmédica-Vida Tres (ambas pertenecientes al *holding* de Banmédica) tienen un 26% del mercado, Consalud un 22,3%, Cruz Blanca un 20,5%, Colmena un 16,5% y MásVida un 13,9%. **Asombra, además, la estabilidad de estas participaciones**, las que no han sufrido variaciones sustanciales en los últimos 5 años (único grupo que en dicho periodo ha variado su participación en más de un 1% es MásVida, que pasó de un 11,8% en 2008 a un 13,9% en 2012). Dichas participaciones arrojan un HHI de 2059 para Julio de 2012, lo que indica un alto grado de concentración en el mercado.

Junto a los altos grados de concentración, **las Isapres obtienen importantes rentabilidades**. Éstas no resultan evidentes a primera vista, dado que los datos que publican las Isapres dan cuenta de una rentabilidad de 4,9%, muy inferior a la de otras empresas del mercado que cuentan con características estructurales similares (alta importancia de la cartera de afiliados, poca importancia de los activos fijos en el total de gastos del negocio, etc.) como son los bancos y compañías de seguros de vida. Esta rentabilidad está calculada sobre margen neto, definido como la utilidad neta dividida por las ventas totales. El índice resulta sospechoso, no obstante, cuando se observa su operación en diversos rubros: de acuerdo a este indicador, industrias reguladas como las sanitarias, telecomunicaciones, eléctricas y autopistas concesionadas han sido más rentables en un período de auge económico que otras cuyas utilidades dependen considerablemente de los vaivenes del mercado. Estos resultados se contraponen al principio que sostiene que los mayores riesgos son compensados con mayores retornos en el largo plazo.

Más importante aún, la exclusión de los activos y el patrimonio dentro del cálculo de las utilidades impide entender como las inversiones pasadas afectan la rentabilidad de una compañía. Así, por ejemplo, para medir el desempeño de una compañía no sólo debemos observar qué porcentaje de las ventas se traduce en utilidad neta, sino qué proporción de las ventas son generadas por los activos de la compañía (rotación de activos). Las tres variables son las responsables del crecimiento económico de una empresa, de manera que **el margen neto sólo explica parte de la rentabilidad de una firma. Resulta inadecuado no referirse también a la rotación de activos y al apalancamiento financiero para determinar el desempeño de una empresa.**

Si la utilidad de las Isapres se calcula en base al ROE (que contempla las tres variables recién indicadas), veremos que **dichas compañías obtienen una rentabilidad de 35%, superior a la de las Compañías de Seguros Generales (7,4%), las Compañías de Seguros de Vida (11,7%) y los Bancos (17,5%)**. Es interesante ver, además, que a pesar de la evidente similitud entre las Isapres y de las Compañías de Seguro, las rentabilidades de las primeras son mucho mayores. Ello es aún más sorprendente si se considera que las Isapres tienen flujos mucho más estables que las compañías de seguros de vida y generales, dado que reciben mes a mes las cotizaciones obligatorias de un grupo de clientes con alto nivel de fidelidad.

La estabilidad en las participaciones de mercado muestra una baja entrada de nuevos actores y una escasa rivalidad entre los incumbentes, lo que resulta paradójico frente a las altas rentabilidades recién descritas. La causa de ello puede encontrarse en la **baja movilidad de los cotizantes al interior del sistema** (apenas un 6% durante 2010), consecuencia de la cautividad de algunos cotizantes (mayores de 60 años y personas que han sufrido ciertas patologías graves durante el periodo de afiliación a una Isapre), quienes están obligados a permanecer en su Isapre ante la negativa de las demás compañías a recibirlos, y principalmente de las profundas asimetrías de información que permean este mercado.

(3) *Las asimetrías de información son la principal causa de distorsiones al interior de este mercado. Dichas asimetrías constituyen una importante barrera de entrada para nuevos actores y entorpecen seriamente la competencia entre los incumbentes. En el ámbito de los planes de salud debiera tenderse a una homogenización del producto, estableciendo denominaciones comunes para las diversas prestaciones y montos de bonificación comparables. En el ámbito de las prestaciones, la paquetización y la existencia de copagos conocidos permite corregir deficiencias importantes.*

En su análisis de las asimetrías de información, el estudio separa los problemas detectados en el ámbito de las aseguradoras de las distorsiones presentes en el ámbito de las prestaciones de salud. Las causas de la asimetría de información y sus soluciones difieren en uno y otro caso.

Aseguramiento. Al considerar el mercado de planes de salud ofrecidos por las Isapres, destaca la **enorme variedad disponible. Actualmente hay más de 50.000 planes vigentes y se comercializan más de 12.000, mostrándose una tendencia hacia el aumento en los últimos años.** Las dificultades de comparación que acarrea este exceso de oferta se ven agravadas por la ausencia de una nomenclatura común entre las Isapres para denominar prestaciones homogéneas y la existencia de múltiples aranceles vinculados a los planes. Si se agrega a esto una compleja combinación de montos de bonificación y topes máximos, se concluye que **resulta imposible para el consumidor realizar una comparación de planes** que le permita escoger el que resulte más conveniente.

El exceso y la dispersión de productos ofrecidos generan una gigantesca opacidad al interior del mercado, la que opera como barrera de entrada para nuevas empresas. Las dificultades de los consumidores para comparar planes generan un sesgo hacia el *statu quo* que previene el ingreso de nuevos entrantes, efecto que ha sido corroborado tanto por la evidencia nacional como internacional. Agostini, Saavedra y Willington (2007) han señalado que es imposible para un consumidor comparar más de un 1% de los planes disponibles en el mercado. Frank y Lamiraud (2009), por su parte, han mostrado que una disminución en la oferta de planes aumenta la movilidad interna del sistema, en tanto facilita la comparación por parte de los cotizantes.

En miras a subrayar la artificialidad del exceso de oferta, el estudio hace hincapié en el reducido pool de riesgos con que cuentan las Isapres en Chile. Un mayor volumen de afiliados permite una mejor compensación de riesgos y un cálculo más preciso de los mismos. Contar con más de 12.000 planes para una población de apenas 1,5 millones de cotizantes y menos de 3 millones de beneficiarios resulta incoherente con la estructura de un mercado de seguros, en tanto tiende a la dispersión de los sujetos. La estrategia entonces se vuelca a la construcción de nichos de mercado, estableciendo planes a medida que operan con un volumen de afiliados bajísimo y que no resultan sustentables desde una lógica de seguro estricto (que debiese tender a agrupar a los sujetos). Se cita a modo de ejemplo el exitoso caso holandés de aseguramiento privado, en que 7 compañías de seguros atienden a una población de 16 millones de habitantes (más de 2 millones de personas por aseguradora).

Según se indicará más adelante, el estudio destaca la creación de un Plan Garantizado de Salud como producto básico del sistema de Isapres, lo que permite homogeneizar la oferta y hacer comparaciones en términos de precios. Se presenta como deseable, además, que los planes complementarios utilicen una terminología común y que se termine con la dispersión de aranceles, estableciendo los montos de bonificación sobre la base del arancel de FONASA lo que facilitaría la comparación entre el sistema público y el privado.

Prestaciones. **En el ámbito de las prestaciones de salud, las asimetrías de información son propias del tipo de bien considerado, denominado comúnmente “bien de confianza” (*credence good*).** Esto quiere decir que, al igual que en el caso de los “bienes de experiencia” (*experience goods*), su necesidad de consumo (tanto en su cantidad como calidad) es imposible de evaluar *ex-ante* por el consumidor, pero que, a diferencia de estos, la utilidad que proveen los bienes de confianza tampoco puede ser evaluada por el paciente *ex-post* (luego de recibir la prestación). Esta incapacidad del paciente para procesar y utilizar la información le obliga a delegar la decisión de consumo en un tercero, constituyéndose así una relación de agencia.

El estudio constata que, **más allá de las dificultades para analizar la calidad de las prestaciones requeridas, existen inconvenientes para la determinación del precio que deberá pagar el paciente por la prestación (‘gasto de bolsillo’ o copago efectivo).** Dado que el paciente desconoce *ex-ante* el número de intervenciones que se realizarán, la necesidad de consultar especialistas adicionales, número de días de hospitalización, etc., **el costo total de la prestación sólo será conocida luego de recibida la misma.** Si a esto se suma la dificultad para determinar los montos precisos de bonificación del plan de Isapres contratado y la variación en los precios de las prestaciones según la Isapre a la que el consumidor se encuentre afiliado, la posibilidad de comparar los precios para el tratamiento de una determinada patología resultará ilusoria. Se destacan en este informe diversas denuncias que han sido consideradas por la Fiscalía Nacional Económica respecto a cobros arbitrarios realizados por prestadores de salud, especialmente en el uso de medicamentos e insumos médicos en operaciones y hospitalizaciones., casos en los cuales se agregan a las asimetrías de información problemas de cautividad del consumidor.

Dada la naturaleza especialísima del bien considerado, resulta evidente que **la simple publicación de los precios de lista por parte de los prestadores no es una medida suficiente para permitir al consumidor conocer de antemano el copago que se le cobrará, ni para solucionar el cobro de precios excesivos en casos de cautividad.** En razón de lo anterior, el estudio subraya la paquetización o **establecimiento de ‘pagos asociados a diagnóstico’ (PAD) como un mecanismo idóneo para enfrentar el problema.** Conforme a esta modalidad, el asegurador pagará una suma previamente determinada al prestador, con independencia de la cantidad de intervenciones que se realicen sobre el paciente. Si el prestador logra obtener mejoría sin requerir demasiadas intervenciones u hospitalizaciones prolongadas tendrá ahorros de costos e incluso puede obtener ganancias: el incentivo está en la posibilidad de conservar la diferencia entre el costo efectivo de la prestación y el pago ofrecido por el asegurador. Para evitar, empero, que este sistema fomente

una reducción en la calidad, los sistemas de PAD establecen un marco de tiempo dentro del cual el paciente queda cubierto por el diagnóstico anterior. En otras palabras, si el paciente reingresa al hospital por la misma condición dentro de un cierto número de días, el asegurador no pagará la prestación nuevamente. **Los PAD se constituyen así en una herramienta idónea para enfrentar los problemas asociados al riesgo moral, en tanto desincentivan la inducción al consumo que efectúa el prestador.**

Como bien se indica en el informe de la OCDE (2012), **los Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD) como base para el pago de las prestaciones son el mecanismo fundamental para la contención de los costos en el sistema de salud sin sacrificar calidad**, siendo actualmente aplicados en EE.UU., Inglaterra, Holanda y en la mayoría de los países del OCDE. Resultará crucial para su buen funcionamiento, el establecimiento de un monto apropiado para cubrir los riesgos del prestador. Si los recursos necesarios son subestimados, pagos reducidos pueden generar una caída importante en la calidad o incentivar la discriminación de pacientes por parte de los prestadores. Así, importa mucho contar con un número razonable de grupos de clasificación, que tome en cuenta no sólo las patologías descritas en términos generales, sino que además incluya posibles co-morbilidades y complicaciones comunes.

Dada que la existencia de prestaciones ‘paquetizadas’ permite al paciente conocer ex-ante el copago que deberá cubrir para el tratamiento de una determinada patología, los precios cobrados por los distintos prestadores se vuelven comparables. Esto es un requisito indispensable para conocer la relación precio-calidad de los tratamientos ofrecidos por los diversos prestadores: el paciente podrá evaluar, con auxilio de un tercero, si el cobro adicional (a veces cuantioso) que realiza un determinado prestador se encuentra justificado en resultados médicos corroborables. Sólo así los médicos generalistas y las Isapres podrán jugar un rol relevante como agentes del paciente, canalizando la demanda hacia los prestadores que, privilegiando efectividad de las intervenciones por sobre el volumen de las mismas, ofrezcan la mejor relación costo/calidad. La existencia de un agente imparcial que coopere con el paciente en su toma de decisiones médicas, es señalada en el informe como la base fundamental para la superación de los serios problemas de información que permean el mercado.

(4) Existen importantes iniciativas gubernamentales encaminadas a resolver los problemas de información y cautividad detectados por este informe. La creación de un Plan Garantizado de Salud, la existencia de un Fondo de Compensación y los esfuerzos en paquetización y homogenización de las prestaciones apuntan en esa dirección, aunque pueden evaluarse esfuerzos adicionales.

Se destacan en el estudio las múltiples iniciativas gubernamentales encaminadas a la solución de los problemas detectados en el mercado de la salud, especialmente la regulación contenida en el Boletín N°8.105-11, en tanto crea un **Plan Garantizado de Salud (PGS) y un Fondo de Compensación por Riesgo Inter-Isapres**. En tanto el PGS permite homogeneizar el producto ofrecido por las Isapres y agrupar a todos los beneficiarios en un mismo *pool*, el Fondo de

Compensación elimina los problemas de cautividad y selección adversa que afectan a las Isapres, suprimiendo los incentivos a la discriminación. **Ambas medidas, más allá de su carácter solidario, permiten una mejor capacidad de comparación por parte de los consumidores (quienes sólo deberán concentrarse en el precio del plan y el prestador preferente) y fomentan una amplia movilidad al interior del sistema, aumentando la competencia.**

No obstante lo anterior, el estudio destaca algunas virtudes de la **ampliación del Fondo de Compensación por Riesgo a FONASA, creando un fondo transversal al sistema de salud**. Esta medida permitiría una ampliación sustantiva del *pool* de riesgos con que operan las Isapres, lo que conllevaría importantes eficiencias para las mismas.

Asimismo, **la creación de un fondo de compensación común a FONASA e Isapres permitiría fomentar la competencia**, mediante un aumento sustantivo en el número de potenciales demandantes de seguros privados. Este aumento en la demanda puede verse reforzado por la provisión de subsidios estatales a los sujetos que quieran afiliarse al sistema privado pero que, por cualquier motivo, no estén en condiciones de contratar el PGS. Un incremento importante en los demandantes potenciales de seguros privados fomenta la entrada de nuevos actores y genera un libre tránsito entre el seguro público y el privado los que podrían, eventualmente, convertirse en competidores. **En la medida en que los beneficios del PGS, ofrecido por las Isapre, son equivalentes a los que provee FONASA en la Modalidad de Libre Elección, se crea un producto homogéneo para todo el Sistema de Salud. La única variable relevante para el consumidor será, entonces, los prestadores a los que cada asegurador le permita acceder. La competencia entre las aseguradoras por la vinculación con los mejores proveedores fomenta a su vez una competencia entre proveedores, encaminada a la obtención de un mayor volumen de pacientes.**

Por último, el estudio hace mención aparte de los esfuerzos de paquetización que se han estado realizando por parte del gobierno y que van encaminados a reducir las asimetrías de información entre prestadores, contener costos y fomentar la competencia. **Esta ampliación de los PAD permitirá a FONASA incrementar su participación en la compra de prestaciones a privados (la que ya es relevante). Este aumento en la demanda existente expande el mercado y permite la entrada de nuevos actores**, cuestión relevante especialmente fuera de la Región Metropolitana: sectores en que la penetración de prestadores privados aún es baja, lo que afecta negativamente la competencia.

(5) El elemento más notorio del mercado de la salud en Chile, es la fuerte vinculación que existe entre las aseguradoras de salud y los prestadores. Dicha vinculación puede ser directa (vía propiedad común) o indirecta (vía convenios), lo que presenta diversos riesgos, según cuál sea la modalidad elegida. Este estudio destaca importantes riesgos de estas formas de integración vertical y pone en duda las eficiencias que normalmente se asocian a la misma, advirtiendo, no obstante, la necesidad de un estudio específico sobre el punto.

Las Isapres tienen una influencia crucial en la elección de prestador por parte de los consumidores, en virtud de su rol de racionalizadoras de la compra de servicios médicos (función

de agencia). Mediante incentivos monetarios (copagos menores o inexistentes, aumento de los topes de bonificación) las Isapres tienen amplias posibilidades de canalización de los consumidores hacia proveedores, lo que puede ser utilizado, bien para guiar a los pacientes hacia los prestadores que proveen los mejores arreglos en términos de costo/calidad, o bien para guiarlos hacia los proveedores de interés del seguro.

El estudio comienza señalando las estructuras de propiedad y las redes de influencia que existen entre Isapres y los prestadores. Los vínculos entre ambos sectores son múltiples, **encontrándose todas las Isapres asociadas con diversos prestadores, tanto de servicios ambulatorios como hospitalarios.**

En la segunda parte del estudio se realiza un análisis económico de la integración vertical, criticando diversos aspectos de la misma. Para ello se exponen las eficiencias normalmente atribuidas a la integración vertical, poniendo en duda su plausibilidad en el mercado local. Se destacan además, al margen de las presuntas eficiencias, una serie de riesgos que deben ser analizados en forma detallada.

El punto crucial, nuevamente, se encuentra en la **distorsión que estos acuerdos generan en la relación de agencia que existe entre el paciente y la aseguradora. Esta debiese actuar negociando precios y buscando calidad en pos de los intereses de los afiliados, cuestión que resulta cuestionable cuando el asegurador tiene intereses económicos comprometidos en la elección del prestador.** En esta línea, se señala en la primera parte del estudio que las relaciones existentes de integración vertical entre aseguradoras y prestadores podrían considerarse una **infracción al art. 173 del DFL N° 1 de 2006**, norma que señala como objeto exclusivo de las Isapres *“el financiamiento de las prestaciones y beneficios de la Salud, así como las actividades que sean afines o complementarias a ese fin, las que en ningún caso podrán implicar la ejecución de dichas prestaciones y beneficios ni participar en la administración de prestadores”*. Mantener la integridad de dicha relación de agencia puede ser uno de los fines que se encuentran protegidos por la exclusividad que exige la ley.

Eficiencias. Los argumentos centrales para justificar las restricciones verticales en el ámbito de la salud dicen relación con las eficiencias que estos esquemas institucionales pueden proveer, vinculados principalmente con mejoras en la capacidad negociadora, la evitación del riesgo moral y menores costos de transacción.

Gracias a la **mejora de la capacidad negociadora**, la integración vertical podría lograr una reducción en los precios del sistema, dado el poder que otorga tanto al hospital como al seguro. Para que un hospital externo al conglomerado pueda prestar servicios al seguro integrado, debe ofrecer precios más bajos que el del hospital de la firma integrada. La integración vertical otorga a la aseguradora integrada una alternativa para enviar a sus afiliados si es que los demás prestadores del sistema pretenden aumentar sus precios, aumentando su capacidad de contención.

La **evitación del riesgo moral**, por su parte, es uno de los argumentos centrales para la justificación de la integración vertical. Dado que el paciente normalmente demandará sólo la cantidad de salud que un experto/prestador le diga que debe consumir, será dicho prestador el que tenga el control de la demanda (demanda inducida). La integración vertical alinea los incentivos de la Isapre con los del prestador, en la medida en que las ganancias de cada uno benefician a todo el conglomerado. En ese caso, el prestador no impondrá costos excesivos sobre la Isapre, evitando un sobre-consumo de salud que pueda ser perjudicial para el seguro. Por otro lado, dicha integración facilita el monitoreo del prestador por parte de la aseguradora, la que podrá fiscalizar que no se malgasten los recursos.

No obstante la plausibilidad del argumento anterior, lo cierto es que **el problema del riesgo moral está más vinculado al sistema de pago establecido que al régimen de propiedad**. La existencia de un pago por servicio provee incentivos para que el prestador realice un mayor número de exámenes y prolongue las estadías en el hospital, privilegiando el volumen por sobre la efectividad de las intervenciones. Para limitar el problema del riesgo moral, una mejor solución es la paquetización de prestaciones mediante PAD. Dicha estrategia tiene un efecto más claro sobre el problema del riesgo moral que el tipo de vínculo que se establezca entre asegurador y prestador.

El estudio constata lo paradójico que resultan las consideraciones anteriores en el contexto chileno. **Si la integración vertical evita el problema del riesgo moral, no resulta claro por qué las aseguradoras en muchos casos cobran copagos a sus afiliados aun cuando estos se atienden en prestadores que se encuentran verticalmente integrados con el seguro.**

Por último, parece evidente que los vínculos entre seguro y prestador permiten **ahorrar importantes costos de transacción**. La Isapre que establece algún tipo de acuerdo con el prestador podrá obtener menores precios, por ejemplo, mediante un sistema de descuentos por volumen (La Isapre se compromete a enviar un cierto volumen de pacientes al prestador y este reduce los precios que cobra a la Isapre por cada prestación). No obstante, la negociación de descuentos por volumen y el establecimiento de acuerdos entre aseguradoras y prestadores implican costosas transacciones que deben realizarse con cierta periodicidad. La propiedad común evita dichos costos y facilita la observación de precios por parte de la Isapre.

No obstante lo anterior, el estudio concluye que no existe evidencia clara de que dichas eficiencias impliquen menores precios para los consumidores. Ello dependerá principalmente de la competitividad del mercado, tanto de aseguradoras como de prestadores. Por otro lado, **la integración vertical aumenta los riesgos de colusión tácita**. En la medida en que la Isapre integrada negocia con otros prestadores, el prestador integrado podrá observar fácilmente los precios de la competencia y vice-versa.

Riesgos de toda forma de acuerdo vertical. El estudio destaca tres riesgos centrales de toda forma de acuerdo vertical entre aseguradoras y prestadores: generan tendencias a la concentración, se erigen como barreras de entrada para nuevos actores y suavizan la competencia por calidad.

En primer lugar, los convenios entre aseguradoras y prestadores podrían **generar un “efecto dominó” en términos de concentración**. Dado que las aseguradoras controlan el flujo de pacientes y determinan los prestadores a los que ellos asistirán, los prestadores normalmente necesitarán los servicios del asegurador para mantener un flujo de demanda razonable. Para nivelar el poder negociador que esta estructura otorga a las aseguradoras, los prestadores tenderán a concentrarse. Esto puede producir una escalada en que la concentración de prestadores motive mayor nivel de concentración por parte de los médicos y de las aseguradoras, generándose un círculo vicioso.

Las barreras de entrada, por su parte, son uno de los problemas más frecuentemente mencionados cuando se analizan los acuerdos verticales entre prestadores y aseguradoras y es uno de los principales riesgos que detecta la OFT (2012). En la medida en que los convenios entre aseguradoras y prestadores se convierten en la regla general, pueden aumentar los costos de entrada para nuevos aseguradores y prestadores. En el caso de un nuevo entrante al mercado de aseguramiento, este tendrá que establecer convenios con prestadores que resulten beneficiosos para los consumidores atrayendo así afiliados. Por otro lado, para que los prestadores estén dispuestos a celebrar convenios con dicha aseguradora, ésta debe contar con una cartera de clientes lo suficientemente amplia como para garantizar un flujo de pacientes al prestador. Algo similar ocurre con la entrada de nuevos prestadores, los que deben obtener el reconocimiento por parte de un seguro existente como garantía de que recuperarán los costos de la inversión hecha al entrar.

La tendencia se ha visto agravada en el extranjero por malas prácticas de parte de los incumbentes. La necesidad de “autorizaciones” a los seguros para el reconocimiento de nuevos prestadores, las “most-favoured-nation clauses” y los descuentos por volumen son **cláusulas que afectan la entrada**, ya sea directamente o bien aumentando artificialmente la escala mínima que requiere un nuevo actor para ser operativo.

No obstante lo anterior, el mayor riesgo de las restricciones verticales es la suavización de la competencia por calidad que dichos acuerdos producen. En la medida en que los prestadores tienen un flujo de pacientes garantizado por parte de la aseguradora, tendrán bajos incentivos a competir por calidad con los demás prestadores del mercado. Por otro lado, si el acuerdo es beneficioso también para el asegurador se generará un incentivo al ocultamiento de información: la Isapre no estará interesada en mostrar la existencia de prestadores alternativos de mejor calidad, en la medida en que el acuerdo celebrado le resulta conveniente. Esto destruye el rol que puede cumplir la Isapre como agente que orienta a los pacientes hacia las prestaciones que resultan más costo-efectivas, alineando a lo menos parcialmente sus incentivos con los del prestador.

Riesgos adicionales de la propiedad común. **La existencia de una propiedad común entre Isapre y prestador agrava algunos de los problemas recién mencionados y genera algunas distorsiones adicionales.** La razón principal de ello se debe al alineamiento completo de intereses entre seguro

y prestador que dicha propiedad común produce, destruyendo completamente la función de agencia que la Isapre está llamada a cumplir.

En primer lugar, **la suavización de la competencia por calidad en este caso es absoluta**. El asegurador se verá directamente perjudicado por la existencia de información respecto a prestadores alternativos al de su propiedad, que puedan entregar a los clientes un tratamiento de mayor calidad y/o menor costo. Las aseguradoras se beneficiarán, por tanto, de la opacidad del mercado, contribuyendo al problema que se encuentran llamadas a resolver.

El estudio destaca que **la propiedad común puede agravar el problema del riesgo moral, fomentando el sobre-consumo de prestaciones médicas por parte de los particulares**. En diversos documentos, los grupos económicos subrayan el “factor de ocupación” como una consideración importante a tener en cuenta por los inversionistas, pues se vincula rentabilidad del holding. Si esto se coteja con el porcentaje que en la facturación total de dichos prestadores representan las prestaciones hospitalarias (específicamente, el “día cama”), se observa que el holding obtiene importantes rentabilidades por la vía de mantener las piezas de sus clínicas constantemente ocupadas. Incluso con un copago pequeño, el costo marginal que representa la entrega de un día cama para el prestador (dado que existe exceso de capacidad instalada) es bajísimo, lo que permite obtener utilidades fácilmente.

En el caso de propiedad común, por tanto, el seguro no tiene buenas razones para evitar que el prestador sobre-hospitalice pacientes. La Isapre normalmente obtendrá rentabilidades de esta conducta, lo que muestra la completa alineación de incentivos entre seguro y prestador. Esto puede ser extendido a toda otra prestación médica en que el copago que debe efectuar el paciente sea mayor al costo marginal de ofrecer la prestación. En todos estos casos, un mayor volumen de prestaciones será rentable para el prestador, fomentando el sobre-consumo por parte de los afiliados.

El informe concluye indicando la necesidad de un análisis más acabado respecto al problema de la integración vertical. No obstante, algunas reformas pueden adelantarse para garantizar que sus presuntas eficiencias se traspasen a los consumidores. De ser efectivo, por ejemplo, que la integración vertical soluciona los problemas de riesgo moral, entonces resultará injustificado el cobro de copagos a los pacientes, en tanto medidas que tienden a una misma finalidad. Por lo mismo, en caso que el afiliado **se atienda en un prestador que se encuentra integrado verticalmente con su Isapre, ésta debiese garantizar un 100% de cobertura**.