

ANT.: Denuncia por eventuales conductas anticompetitivas en el mercado de la salud privada, Investigación Rol N° 2244-13 FNE.

MAT.: Informe de archivo.

Santiago, 31 AGO 2015

A : FISCAL NACIONAL ECONÓMICO

DE : JEFE DIVISIÓN DE ABUSOS UNILATERALES (S)

Por la presente vía, recomiendo a usted el archivo de la Investigación del Antecedente, en virtud de las consideraciones que a continuación se exponen:

I. ANTECEDENTES

1. Con fecha 28 de agosto de 2013 fue ingresada a la Fiscalía Nacional Económica (“**FNE**”) una denuncia confidencial relacionada a la existencia de eventuales conductas anticompetitivas en el mercado de la salud privada (“**Denuncia**”).
2. Dicha Denuncia planteó una eventual exclusión en el mercado de los prestadores privados de salud, por parte de algunas Instituciones de Salud Previsional (“**Isapres**”). Al respecto, esta División analizó el caso concreto de tres prestadores privados ubicados en la Región Metropolitana de Santiago: [1], [2] y [3].
3. De manera general, la Denuncia señala que la exclusión ocurriría por la vía asumida por las Instituciones de Salud Previsional (“**Isapres**”) Consalud S.A. (“**Consalud**”), Banmédica S.A. (“**Banmédica**”), Vida Tres S.A. (“**Vida Tres**”), Colmena Golden Cross S.A. (“**Colmena**”), Cruz Blanca S.A. (“**Cruz Blanca**”) y Masvida S.A. (“**Masvida**”), (en conjunto las “**Isapres Investigadas**”) de *“negarse injustificadamente a suscribir convenios con determinados prestadores de salud, mediante la implementación de prácticas de derivación y, también, a través de la creación de planes*

*cerrados discriminatorios y planes preferentes abusivos*¹. Esto, a juicio de los denunciantes, les estaría ocasionando graves perjuicios económicos.

4. Específicamente, y si bien la Denuncia no las desarrolla ordenadamente, es posible desprender de ésta que, de manera general, la exclusión se daría en el contexto de la integración vertical de las Isapres Investigadas con prestadores institucionales de salud de atención abierta y/o cerrada, la concentración del mercado *aguas abajo* y las asimetrías de información entre afiliados e Isapres, por medio de las eventuales conductas descritas a continuación:
 - a. Exclusión de algunos prestadores privados de salud en la suscripción de convenios o, en subsidio, negativa a reajustar aranceles médicos a determinados prestadores.
 - b. Conductas de sabotaje, principalmente a través de: (i) no otorgamiento de servicios de bono electrónico vía sistema I-Med y (ii) el no publicitar prestadores de salud que sí tendrían convenios dentro de la red de prestadores de las Isapres Investigadas.
 - c. Derivación de afiliados únicamente hacia los prestadores de salud con los cuales las Isapres se encuentran relacionadas, excluyendo a los demás competidores.
 - d. Exclusión de algunos prestadores de salud por medio del ofrecimiento de planes complementarios de salud que benefician a las clínicas verticalmente integradas a las Isapres Investigadas.
5. Atendido lo anterior, la FNE instruyó, con fecha 6 de diciembre de 2013, una investigación para analizar de manera particular, los eventuales efectos anticompetitivos que pudiesen surgir de dichas presuntas prácticas en el contexto de la integración vertical y de otras relaciones verticales entre las Isapres Investigadas y prestadores de salud descritas en la Denuncia.

¹ Denuncia confidencial de fecha 28 de agosto de 2013, p. 1.

II. DESCRIPCIÓN DE LA INDUSTRIA Y EL MERCADO RELEVANTE²

a. Antecedentes generales del sistema de salud

6. La industria de los seguros de salud en Chile se estructura sobre la base de dos sistemas: uno público, que es administrado por el Fondo Nacional de Salud (“Fonasa”), y otro privado, a cargo de las Isapres, las que normalmente se clasifican, a su vez, en *abiertas* y *cerradas*³. En términos generales, los sistemas público y privado son excluyentes entre sí para un mismo beneficiario, una vez que el afiliado elige uno u otro.
7. Tanto el sistema público de seguros de salud, como su equivalente privado, son financiados mediante pagos periódicos -cotizaciones- que realizan los afiliados, sin perjuicio del aporte fiscal que se contempla también para el primero⁴. Esto último, considerando que el sistema público se estructura sobre la base de cuatro grupos o tramos, algunos de los cuales asumen la inexistencia de ingresos, o una reducida capacidad de pago de sus beneficiarios⁵.
8. A diciembre del año 2013, un 76,3% de la población era beneficiaria de Fonasa en alguno de los tramos de éste. Del porcentaje restante, un 18,2% se encontraba adscrito al sistema de Isapres, mientras que el 5,5% restante

² Esta sección sigue de cerca los apartados II y III de la Minuta de Archivo del Rol N° 2182-13 FNE. Para un análisis más completo se puede revisar ésta en <http://www.fne.gob.cl/wp-content/uploads/2014/01/MINUTA-ARCHIVO-I-040-2013.pdf> [fecha última visita: 30 de junio de 2015].

³ En lo esencial, Fonasa se encuentra regulado en el Capítulo III del Libro I del DFL N°1 de fecha 23 de septiembre de 2005 del Ministerio de Salud que fija el Texto Refundido, Coordinado y Sistematizado del Decreto Ley N°2.763, de 1979 y de las Leyes N°18.933 y N°18.469 (“DFL N°1”). Por su parte, el sistema de Isapres se regula en el Libro III del mismo cuerpo legal. En relación a esta última regulación, las Isapres denominadas *abiertas*, son aquellas que, en principio, admiten afiliación de cualquier persona, independiente de su vínculo laboral o profesional con determinada empresa o institución. Por su parte, las llamadas Isapres *cerradas* se encuentran reconocidas en el inciso final del artículo 200 del DFL N°1, y se definen como aquellas cuyo objeto es otorgar prestaciones únicamente a trabajadores de una determinada empresa o institución.

⁴ Véanse los artículos 55, 137, 171 y 185 del DFL N°1.

⁵ Ver artículos 134 y 159 del DFL N°1. Los tramos se encuentran regulados en los artículos 160 y 161 del mismo cuerpo legal en función de los ingresos de los afiliados. En síntesis, el grupo A corresponde a personas indigentes y otros, quienes tienen un copago de 0% en sus atenciones de salud. El grupo B corresponde a cotizantes cuya renta imponible mensual es igual o inferior a los \$225.000 (o el sueldo mínimo vigente), y también gozan de un copago equivalente al 0%. El grupo C incorpora a los afiliados cuya renta imponible mensual sea igual o inferior a los \$328.500 (o el resultado de multiplicar el sueldo mínimo vigente por el factor de 1,46), y su obligación de copago máxima es de 25% en la Modalidad Institucional. Sin embargo, si el cotizante tiene tres o más beneficiarios, pasa al grupo B. Finalmente, el tramo D es para cotizantes con un ingreso imponible mensual superior a \$328.500 (o el resultado de multiplicar el sueldo mínimo vigente por el factor de 1,46) y su copago máximo será de 50% en la Modalidad Institucional. No obstante, si el cotizante tiene tres o más beneficiarios, pasa a formar parte del grupo C.

correspondía a personas particulares no afiliadas a ningún tipo de seguro y las pertenecientes a las Fuerzas Armadas que no están aseguradas en los seguros públicos y privados⁶.

Cuadro N°1:
Beneficiarios por tipo de aseguradora de salud
(A diciembre de 2013)

Aseguradora	N° de Beneficiarios	%
Fonasa Grupo A	3.195.978	18,1%
Fonasa Grupo B	4.863.373	27,6%
Fonasa Grupo C	2.308.190	13,1%
Fonasa Grupo D	3.083.647	17,5%
Total Fonasa	13.451.188	76,3%
Isapres	3.206.312	18,2%
Otros	976.410	5,5%
Total Población	17.633.910	100%

Fuente: Elaboración propia en base a información de Fonasa⁷

b. Análisis de los mercados relevantes involucrados

9. Esta Fiscalía entiende por mercado relevante, el de un producto o grupo de productos, en un área geográfica en que se produce, compra o vende, y en una dimensión temporal tales que resulte probable ejercer a su respecto poder de mercado⁸.
10. El aseguramiento y las prestaciones de salud corresponden a dos etapas o eslabones de la cadena vertical del sistema. En este contexto, la presente sección analizará ambos desde la perspectiva de los mercados relevantes del producto y geográfico.
11. De esta forma, y siguiendo anteriores definiciones utilizadas por esta Fiscalía, esta División consideró dos mercados relevantes distintos, aunque interrelacionados y por ello conexos entre sí: (i) el de los prestadores privados de salud, los que en general tienen un carácter local, y que

⁶ Cifras corresponden a las presentadas por Fonasa en su página web. Disponibles en https://www.fonasa.cl/portal_fonasa/site/artic/20140607/pags/20140607230746.html [fecha última visita: 30 de junio de 2015].

⁷ Información disponible en https://www.fonasa.cl/portal_fonasa/site/artic/20140607/pags/20140607230746.html [fecha última visita: 30 de junio de 2015].

⁸ Guía Interna para el Análisis de Operaciones de Concentración. Fiscalía Nacional Económica. Octubre de 2012. Disponible en: <http://www.fne.gob.cl/wp-content/uploads/2012/10/Guia-Fusiones.pdf> [fecha última visita: 30 de junio de 2015].

constituiría el mercado *aguas arriba*⁹; y (ii) el de las Isapres *abiertas*, en este caso a nivel nacional, y que sería el mercado *aguas abajo*, al ser éstas las adquirentes de prestaciones de salud en favor de sus beneficiarios.

12. En el caso de los prestadores privados de salud, se estima que éstos participan en un mercado diverso de aquel constituido por la Red de Servicios de Salud y Establecimientos de Salud públicos análogos (v.gr. Centros de Atención Primaria, Hospitales y Centros de Alta Especialidad), en parte, aunque no exclusivamente, en virtud de los términos exigidos para el acceso a estos últimos¹⁰. Lo anterior hace que, para un grupo significativo de beneficiarios de las Isapres, las prestaciones entregadas por Establecimientos de la Red de Salud no puedan considerarse como sustitutos de aquellas que otorgan los prestadores privados¹¹.
13. Por su parte, los prestadores de mayor complejidad presentan ciertas diferencias con aquellos de naturaleza más simple, en la medida que sólo los primeros se encuentran en condiciones de atender ciertas patologías de especial significancia, circunstancia que a su vez determina una mayor inversión en infraestructura y capacidad disponible¹². En virtud de lo anterior, en lo sucesivo, la referencia a los prestadores privados de salud deberá a su vez entenderse como denominados institucionales¹³, que normalmente se vinculan a clínicas y centros médicos, aunque sin descartar

⁹ Cabe destacar que la definición de un mercado relevante asociado a prestadores institucionales es un aspecto que ha sido reconocido como difícil en el derecho comparado, dada la heterogeneidad de la oferta y el distinto énfasis en la oferta que cada prestador realiza (v.gr. atenciones ambulatorias, complejas, de especialidad, etc.). Sacher, Seth y Silvia, Louis. "Antitrust Issues in Defining the Product Market for Hospital Services". *International Journal of the Economics of Business*, Vol. 5, No. 12, 1998; pp. 181-202.

¹⁰ A modo de ejemplo, los artículos 36 letra I), inciso 4° y 146 del DFL N° 1, establecen genéricamente una obligación de atención preferente de los establecimientos de la Red de Servicios de Salud a favor de los beneficiarios legales (aquellos pertenecientes a Fonasa), aun en presencia de un convenio con alguna Isapre. Lo anterior, incluso bajo sanción de responsabilidad funcionaria. Finalmente, el inciso 3° del artículo 173 reitera esta regla, a propósito de eventuales convenios que las Isapres puedan suscribir con prestadores públicos de la Red de Servicios de Salud, los que quedan limitados en cuanto al alcance de las prestaciones convenidas.

¹¹ Esta conclusión podría matizarse en el caso de ciertas regiones del país, en las cuales los Hospitales son demandados por afiliados de Isapres en forma menos excepcional, atendida la inexistencia de prestadores institucionales privados con capacidad para atender ciertas patologías o un mayor volumen.

¹² Por lo anterior, es usual que se efectúen clasificaciones en tres y hasta cuatro niveles de prestadores. Así, mientras en el primer nivel se encuentran aquellos dedicados preferentemente a la medicina interna, obstetricia, ginecología y pediatría, además de las cirugías de baja complejidad, en el tercer nivel se ubican aquellos con un equipo de profesionales altamente especializado, unidades de cuidado intensivo y diferentes servicios de imagenología. Véase Banco Mundial, "Disease Control Priorities in Developing Countries". Segunda Edición, año 2006. Capítulo 66; pp. 1230.

¹³ Esta definición de los prestadores privados de salud comprende a los centros de baja, mediana y alta complejidad, sin incluir a prestadores individuales.

el caso de los laboratorios clínicos, todos ellos susceptibles de clasificarse según sean de alta, mediana o baja complejidad¹⁴⁻¹⁵⁻¹⁶.

14. Asimismo, desde la perspectiva geográfica, se estima que este mercado tendría un carácter local, normalmente asociado a una ciudad o conjunto de comunas próximas entre sí, pues normalmente es ahí donde los pacientes buscan satisfacer sus necesidades de prestaciones de salud¹⁷. En efecto, tal como ha sido señalado anteriormente por esta Fiscalía: “[d]ada la relativa insensibilidad al precio por parte de los pacientes, la distancia entre distintos prestadores tiende a incidir fuertemente en su sustituibilidad, especialmente para la prestación de servicios médicos de urgencia”¹⁸⁻¹⁹. De la misma forma, a este respecto, el H. Tribunal de Defensa de la Libre Competencia (“TDLC”) ha señalado: “[q]ue como segunda defensa, las requeridas hacen mención a una posible sustitución de tipo geográfico entre médicos ginecólogos. A este respecto, se debe tener presente que aun cuando la provincia en que se desempeñan profesionalmente los requeridos (Ñuble) no se encuentra en una situación de aislamiento, la probabilidad de que, considerando los costos de transporte y de tiempo, se produzca masivamente una sustitución por prestadores de otras ciudades del país como consecuencia del aumento de precios, en las magnitudes que han

¹⁴ Al respecto, véase la Resolución Exenta N° 646 de fecha 14 de junio de 2013 del Ministerio de Salud, que Aprueba la Norma General Técnica N° 0150 sobre criterios de clasificación según nivel de complejidad de establecimientos hospitalarios, disponible en: http://www.deis.cl/wp-content/uploads/2013/08/NT_0150.pdf [fecha última visita: 30 de junio de 2015].

¹⁵ El artículo 170, literal j) del DFL N° 1, define *prestador de salud* como: “[c]ualquier persona natural o jurídica, establecimiento o institución que se encuentre autorizada para otorgar prestaciones de salud, tales como: consulta, consultorio, hospital, clínica, centro médico, centro de diagnóstico terapéutico, centro de referencia de salud, laboratorio y otros de cualquier naturaleza, incluidas ambulancias y otros vehículos adaptados para atención extrahospitalaria”. Por su parte, el numeral 11 del artículo 4° del mismo cuerpo legal, otorga un concepto de *prestador institucional* y de su clasificación según la complejidad del mismo, al señalar que corresponde al Ministerio de Salud: “Establecer los estándares mínimos que deberán cumplir los prestadores institucionales de salud, tales como hospitales, clínicas, consultorios y centros médicos (...) Dichos estándares se fijarán de acuerdo al tipo de establecimiento y a los niveles de complejidad de las prestaciones, y serán iguales para el sector público y privado”. Finalmente, el inciso 2° del artículo 3° de la Ley N° 20.584, define a los prestadores institucionales como: “[a]quellos que organizan en establecimientos asistenciales medios personales, materiales e inmateriales destinados al otorgamiento de prestaciones de salud, dotados de una individualidad determinada y ordenados bajo una dirección, cualquiera sea su naturaleza y nivel de complejidad (...)”.

¹⁶ En el pasado, la FNE también ha definido mercados relevantes en función del estrato social al cual apuntan los servicios de salud privada. Ver, por ejemplo, informe de archivo Rol N° 1357-08 FNE.

¹⁷ Ver al respecto los informes de archivo Rol N° 1357-08 FNE y N° 1737-10 FNE.

¹⁸ Informe de archivo del rol F-1-2013 de la Fiscalía Nacional Económica, referido a la adquisición de Colmena Golden Cross por Fondo Privado / Larraín Vial.

¹⁹ Al respecto ver Oxera (2011), “Techniques for defining markets for private healthcare in the UK. Literature Review.”. Prepared for the Office of Fair Trading, p. 9 y siguientes.

*señalado para las consultas médicas, es baja*²⁰. Sin perjuicio de lo anterior, excepcionalmente, para algunas patologías de alta complejidad, podría existir una disposición a buscar prestadores institucionales en localidades más alejadas a las del domicilio del paciente.

15. En cuanto a las Isapres, se considera que existen buenas razones para estimar que, de cara a los consumidores o beneficiarios, aquellas denominadas *abiertas* pertenecen a un mercado distinto a aquellos en que participan: (i) Fonasa, (ii) las Isapres *cerradas*, y, (iii) los seguros disponibles para las Fuerzas Armadas y de Orden. Así, esta División coincide con el análisis efectuado recientemente por el H. TDLC, en donde ha señalado que: “[a]l respecto, se debe considerar que la existencia de dos sistemas diferenciados en el mercado de los seguros de salud –uno público constituido por Fonasa y otro privado constituido por las Isapres- tampoco permite disciplinar al acuerdo colusivo. Esto, por cuanto el primer sistema no sólo abarca cerca de un 80% de los afiliados al sistema de salud, que – en términos generales- pertenecen a una estrato [sic] socioeconómico distinto a los pacientes del segundo; sino además porque ambos sistemas cuentan con normativas y funcionamientos radicalmente distintos. Estas diferencias permiten inferir de manera razonable que la movilidad de afiliados entre uno y otro sistema, y particularmente del privado al público, es baja”²¹.
16. Más concretamente, Fonasa y las Isapres *abiertas* no formarían parte de un mismo mercado relevante para los beneficiarios de los seguros de salud, en virtud de las razones expuestas a continuación²².

²⁰ Considerando vigésimo octavo de la Sentencia 145/2015 del H. TDLC.

²¹ Considerando trigésimo de la Sentencia 145/2015 del H. TDLC. Lo señalado en esa sentencia concuerda con lo fallado anteriormente por ese H. Tribunal, el que ha resuelto que: “[...] si bien en principio se podría considerar que Fonasa y las Isapres *abiertas* proveen un servicio sustituto del seguro de salud –en cuyo caso ambos sistemas serían parte de un mismo mercado relevante-, dicha afirmación pierde parcialmente validez al constatarse las diferentes características de los servicios provistos por uno y otro sistema, ya descritas. Dadas las diferencias existentes entre los servicios provistos por el seguro privado y el público, en cuanto a los beneficios netos esperados por peso cotizado, al menos para una parte importante de la población no existirá la posibilidad de contratar un seguro privado (por ejemplo, aquellas personas con bajos ingresos y/o alto riesgo observable); mientras que para otra parte de la población Fonasa no será una alternativa relevante de elección (por ejemplo, personas con altos ingresos y bajo riesgo observable)” (Considerando cuadragésimo sexto de la Sentencia 57/2007 del H. TDLC).

²² Es importante recalcar que las Isapres y Fonasa no forman parte del mismo mercado relevante de cara a los beneficiarios, es decir, en el mercado de los seguros de salud. Lo anterior contrasta con lo que ocurre en el mercado de las prestaciones de salud, donde las Isapres y Fonasa conviven dentro del mismo mercado demandando prestaciones a los centros de salud privada.

17. En primer término, porque para un grupo relevante de afiliados a las Isapres, los servicios de aseguramiento ofrecidos por Fonasa no son percibidos como sustitutos, aun en caso de alzas significativas y no transitorias en el valor de las primas cobradas por las Isapres. Parte de esa explicación se encuentra justamente en el acceso a las prestaciones médicas que un sistema y otro ofrecen, el tope de cobertura de Fonasa, los copagos que serían exigibles a sus cotizantes y la imposibilidad de incrementar la cobertura de este seguro público en función de mayores ingresos del cotizante²³.
18. En efecto, tal como se observa en el Cuadro 2, a diciembre de 2014, la cotización legal promedio por cotizante en las Isapres abiertas fue de \$67.790 mensuales, lo que corresponde a una renta promedio de \$968.423.

Cuadro N°2:
Cotización legal promedio y renta promedio asociada
(A diciembre 2014)

Isapre	Cotización Legal Promedio (7%)	Renta Promedio Asociada
Colmena	\$ 76.903	\$ 1.098.618
Vida Tres	\$ 74.618	\$ 1.065.973
Masvida	\$ 71.944	\$ 1.027.777
Cruz Blanca	\$ 67.220	\$ 960.288
Banmédica	\$ 66.816	\$ 954.517
Consalud	\$ 59.531	\$ 850.447
Optima (ex-Ferrosalud)	\$ 19.765	\$ 282.360
Promedio Isapres abiertas	\$ 67.790	\$ 968.423

Fuente: Elaboración propia en base a información de Superintendencia de Salud

19. Esto contrasta con la cotización legal promedio de los cotizantes de Fonasa, la que fue de \$22.775 mensuales, equivalentes a una renta promedio de \$325.358²⁴.

²³ Como lo señalara el H. TDLC, en el caso de Fonasa, los beneficios esperados por peso cotizado están inversamente relacionados con el monto de la cotización, dado que existe un único plan de salud disponible para el total de afiliados. Por lo tanto, al aumentar el ingreso del cotizante, manteniendo constante el resto de variables relevantes, se incrementa el precio que se paga por el seguro de Fonasa mientras que la cobertura se mantiene constante o incluso decrece. En cambio, en el sistema de Isapres, el cotizante tendrá acceso a un mejor plan de salud (mayor cobertura) a medida que su ingreso aumenta (manteniendo constante el resto de variables relevantes). Considerando cuadragésimo tercero Sentencia 57/2007 del H. TDLC.

²⁴ Cabe destacar que esta medición corresponde a cotizantes y no beneficiarios. En consecuencia, no se incluyen beneficiarios del Grupo A de Fonasa que no cotizan.

20. En segundo término, la naturaleza misma de Fonasa como seguro solidario, por oposición a las Isapres -que incorporan ciertos sesgos en su selección²⁵-, hace que Fonasa se transforme en una especie de *asegurador final* respecto de aquellos cotizantes que no son percibidos como demanda viable por las Isapres, sea por su capacidad económica o por el riesgo intrínseco asociado a su aseguramiento (considerando la facultad de éstas de no otorgar cobertura a las preexistencias de los beneficiarios)²⁶⁻²⁷. Esto permitiría entender que la racionalidad de ambos sistemas es distinta, lo que a su vez sería indicio de que ambos no compiten entre sí.
21. En cuanto a las Isapres del tipo *cerradas* y aquellos seguros especialmente destinados a las Fuerzas Armadas y de Orden, su sola naturaleza hace que éstos no puedan considerarse como sustitutos razonables para la gran mayoría de los beneficiarios de las Isapres.
22. Ahora bien, desde su perspectiva geográfica, la oferta de las Isapres denominadas *abiertas*, puede considerarse de alcance nacional²⁸.

²⁵ Al respecto, se ha señalado que el esquema de aseguramiento de la salud en Chile cuenta con los siguientes elementos: (i) se trata de un sistema segmentado por ingresos, donde la mayor parte de la población de ingresos bajos y medios es beneficiaria de Fonasa; (ii) el sistema de Isapres es un esquema que selecciona y segmenta a la población (el mercado) en base al riesgo sanitario de los beneficiarios, siendo el modelo de negocios basado en seleccionar aquellos beneficiarios que permiten extraer un ingreso neto positivo, determinado por su ingreso bruto menor el gasto esperado, segregándose principalmente por edad. Al respecto ver Informe: Estudio y Propuesta de un Nuevo Marco Jurídico para el Sistema Privado de Salud, elaborado por la Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y propuesta de un Nuevo Marco Jurídico para el Sistema Privado de Salud, de fecha 8 de octubre de 2014, pp. 47 y 48. Documento disponible en: <http://web.minsal.cl/sites/default/files/Informe%20Final%20Comisi%C3%B3n%20Asesora%20Presidencial.pdf> [fecha última visita: 30 de junio de 2015].

²⁶ Véanse los artículos 189, letra b), párrafo C), numeral 5 y 190, numeral 6, ambos del DFL N° 1.

²⁷ Se ha señalado que la cautividad se evidencia en la relativa escasez de movilidad entre Isapres. En concreto, de los individuos cautivos, o bien no se cambian de Isapre, o se cambian poco porque el mercado se lo impide (2.9%), o bien se cambian a Fonasa (7.4%), lo cual contrasta con la movilidad observada en individuos no cautivos, que cambian de Isapre en un 10.6%. Al respecto, ver Informe: Propuestas de regulación al problema de los precios, planes, cautivos en Isapres y su relación con el Fondo de Compensación Solidario, elaborado por Sanigest Solutions a solicitud de la Superintendencia de Salud, de fecha octubre de 2009, pp. 23 y 24, documento disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-5708_recurso_1.pdf [fecha última visita: 30 de junio de 2015]; y Estudio sobre la Magnitud y Características de la Cautividad en el Sistema Isapres elaborado por la Superintendencia de Salud, de fecha septiembre de 2009, documento disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-5543_recurso_1.pdf [fecha última visita: 30 de junio de 2015].

²⁸ Esto es concordante con la definición del mercado relevante geográfico que realizó el H. TDLC en su sentencia del caso "*Requerimiento de la Fiscalía Nacional Económica contra Isapre ING S.A. y otros*", donde señaló que: "[q]ue, por otra parte, la cobertura nacional de las actividades de las cinco requeridas llevará a este Tribunal a considerar como mercado geográfico relevante el territorio de la República de Chile". Considerando quincuagésimo sexto de la Sentencia 57/2007 del H. TDLC.

23. Asimismo, se estima que ambos mercados -Isapres *abiertas* y prestadores institucionales privados- son conexos entre sí, al constituir éstos, dos etapas dentro de la cadena vertical de la oferta de servicios de salud privada, en tanto las primeras ofrecen cobertura de riesgo, mientras que los segundos ofrecen servicios de salud en atención abierta y/o cerrada²⁹.
24. Además, es necesario considerar que los distintos actores de los mercados *aguas arriba* y *aguas abajo*, se interrelacionan, en particular, suscribiendo convenios. En general, un convenio entre, por ejemplo una Isapre y un prestador privado institucional permite al beneficiario de un plan complementario de salud acceder a precios preferenciales en las prestaciones de salud ambulatorias y hospitalarias, y, en ocasiones, también acceder a honorarios médicos conocidos cuando existe un arancel acordado por el prestador médico y dicha aseguradora³⁰⁻³¹.
25. Este tipo de convenios entre Isapres y prestadores se materializan en la creación y comercialización por parte de las primeras, de planes complementarios de salud que pueden o no tener referencia específica a

²⁹ A nivel general, los prestadores institucionales pueden clasificarse en dos grandes categorías: Prestadores Institucionales de Atención Abierta y Prestadores Institucionales de Atención Cerrada. Son Prestadores Institucionales de Atención Abierta aquellos centros asistenciales que sólo otorgan atención de tipo ambulatorio, sin pernoctación de pacientes, como por ejemplo, centros de mediana y alta complejidad que cuentan con consultas médicas, salas de procedimientos, y unidades de apoyo diagnóstico terapéutico. Por su parte, son Prestadores Institucionales de Atención Cerrada aquellos establecimientos asistenciales de salud que otorgan atención integral, general y/o especializada, y que están habilitados para la internación de pacientes con ocupación de una cama, como por ejemplo hospitales y clínicas de alta, mediana y baja complejidad. Información disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/difusion/572/w3-article-2846.html> [fecha última visita: 30 de junio de 2015].

³⁰ La existencia de convenios entre una Isapre y determinado prestador se traduce en valores preferenciales de las prestaciones en comparación con el valor lista de las mismas, y con la posibilidad de emitir bonos electrónicos (vía I-Med) con las ventajas que ello supone para el consumidor. Este menor costo de prestaciones debiese traducirse en transferencia de menores precios al consumidor. A mayor abundamiento, la no existencia de convenios se traduce en que los pacientes deban asumir un mayor precio en las prestaciones, mientras que la no existencia de acceso al sistema de compra de bonos electrónicos vía I-Med conlleva, por un lado, un costo financiero asociado a desembolsar el valor total de la consulta o procedimiento quirúrgico, y por otro lado, un costo de transacción asociado a la realización de trámites de reembolso de la respectiva prestación en oficinas de la Isapre. Al respecto, véase Sentencia N° 145/2015 Tribunal de Defensa de la Libre Competencia de fecha 1 de abril de 2015.

³¹ Al respecto, la denuncia señala que: "*De esta manera, mientras las Isapres sean libres para celebrar convenios con los prestadores se puede fomentar el establecimiento de descuentos por volumen que resulten beneficioso para ambas partes de la transacción, lo que permite reducir los costos, los que debieran transferirse a los consumidores. Sin embargo, existe un abuso por parte de las denunciadas, ya que en la práctica existe una discriminación arbitraria que perjudica a los prestadores que no se encuentran relacionados comercialmente con la Isapre en cuestión, y por otra parte, no hay evidencia empírica que muestre que los ahorros obtenidos sean traspasados a los beneficiarios [...] En concreto, este abuso se ha manifestado en la negativa por parte de las Isapres de permitir a los centros médicos con los cuales no están integrados verticalmente la opción de establecer convenios o en caso de existir, emitir el bono electrónico*". Denuncia confidencial, p. 16.

los segundos. En este sentido, la Isapre puede convenir con el afiliado cualquiera de las siguientes modalidades para regular los beneficios adicionales a las Garantías Explícitas de Salud (“GES”)³²: a) plan de libre elección³³; b) plan cerrado³⁴; y, c) plan con prestadores preferentes³⁵.

26. Finalmente, otro tipo de interrelación entre Isapres y prestadores se da por medio de la integración vertical³⁶, con la participación de un controlador común o la pertenencia a un mismo *holding* de distintas sociedades relacionadas con el aseguramiento, por un lado, y, por otro, sociedades dedicadas a la prestación de servicios de salud³⁷⁻³⁸.

³² Al igual como sucede con la modalidad de libre elección en relación al Acceso Universal a Garantías Explícitas de Salud (“AUGE”), el artículo 192 DFL N° 1 dispone que: “*Todos los beneficios distintos a los contemplados en las Garantías Explícitas en Salud que otorgue la Institución de Salud Previsional deberán estar incluidos en el Plan de Salud Complementario*”. Es decir, los planes convenidos ente Isapre y afiliado, constituyen una alternativa a la prestación mínima impuesta por el régimen de GES.

³³ Es aquel en que la elección del prestador de salud es resuelta discrecionalmente por el beneficiario. Estos planes son importantes desde el punto de vista de la demanda de servicios de salud, de acuerdo a estudios que muestran que, tanto para usuarios Isapres como Fonasa, el poder elegir a dónde acudir para prestaciones de salud es muy relevante. Al respecto ver Estudio Opinión Usuarios del Sistema de Salud Conocimiento y Posicionamiento de la Superintendencia de Salud, GES-AUGE y otros aspectos de la Reforma, marzo 2011, disponible en http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-6953_recurso_1.pdf [fecha última visita: 30 de junio de 2015].

³⁴ Es aquel plan que sólo contempla el financiamiento de todas las atenciones de salud a través de determinados prestadores individualizados en el Plan Complementario, con los cuales la Isapre tiene convenio, no previéndose el acceso por el beneficiario a las prestaciones bajo la modalidad de libre elección, salvo en casos excepcionales y calificados.

³⁵ Corresponde a aquel plan cuya estructura combina, al menos teóricamente, la atención bajo la modalidad de libre elección y el financiamiento de beneficios a través de determinados prestadores previamente individualizados en el plan complementario, y con los cuales la Isapre tiene convenios suscritos. Véanse, los artículos 170 letra m), 172, 189, 197, 216 N° 8 y 217 del DFL N° 1.

³⁶ Para efectos del presente análisis, se entiende por integración vertical, la relación de propiedad, total o parcial, entre dos agentes económicos que operan en distintos niveles de la cadena de producción, de modo tal que no se pueda asumir la existencia de una independencia competitiva entre ambos. En concreto, para efectos de análisis de competencia, el que las Isapres puedan estar relacionadas, aun indirectamente por medio del vínculo con un mismo conglomerado, con prestadores privados, corresponde presumir que ambos actúan como un mismo agente económico. En este mismo sentido ver Minuta de Archivo Rol 2182-13 FNE de fecha 18 de diciembre de 2013.

³⁷ Al respecto, el inciso 1 del artículo 173 del DFL N° 1 dispone que las Isapres “*tendrán por objeto exclusivo el financiamiento de las prestaciones y beneficios de la Salud, así como las actividades que sean afines o complementarias a este fin, las que en ningún caso podrán implicar la ejecución de dichas prestaciones y beneficios ni participar en la administración de prestadores*”.

³⁸ Con el objeto de precisar el alcance de la prohibición legal que tienen las Isapres de participar en la administración de los prestadores de salud, la Superintendencia de Salud dispuso, por medio de la Circular IF/N° 211 de fecha 7 de febrero de 2014, la incompatibilidad de cargos, consistente en que 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 Isapre, en ningún caso pueden ejercer alguno de dichos roles, en forma simultánea, en prestadores de salud, ni tener injerencia en la administración de éstos. Además, con el fin que las Isapres pudiesen ajustarse a esta normativa, instruyó en sus disposiciones transitorias el deber de: (i) informar a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, en el plazo de 20 días hábiles desde su entrada en vigencia, la identidad de la o las personas que, a la fecha de su notificación, se encontraban en dicha situación; (ii) regularizar esta situación en el plazo de 90 días corridos desde la entrada en vigencia de la circular; y, (iii) informar lo anterior a dicha Intendencia dentro del plazo de 10 días corridos contados desde la regularización. Documento disponible en:

27. Para efectos del presente informe, y sin perjuicio de existir otros vínculos de propiedad entre aseguradoras y prestadores, se considerarán relacionados con las distintas Isapres Investigadas los siguientes prestadores de atención ambulatoria y atención cerrada dentro de la Región Metropolitana de Santiago:

Cuadro N°3:

Relaciones de propiedad entre Isapres Investigadas y prestadores RM

GRUPO	Banmédica ³⁹	Cruz Blanca	Red Salud ⁴⁰	Colmena	Masvida
ISAPRE	Banmédica Vida Tres ⁴¹	Cruz Blanca	Consalud	Colmena Golden Cross	Masvida
CENTROS HOSPITALARIOS O DE ATENCIÓN CERRADA	Clinica Santa María ⁴²	-	Clinica Tabancura	-	Clinica Las Lilas
	Clinica Dávila		Clinica Bicentenario		
	Clinica Vespucio		Clinica Avansalud		
CENTROS AMBULATORIOS O DE ATENCIÓN ABIERTA	Vida Integra	Integramédica	Arauco Salud Megasalud Onco Red	Centro Salud Mental	-

Fuente: elaboración propia en base a información pública y antecedentes aportados por las Isapres Investigadas a la Investigación Rol 2244-13.

http://www.supersalud.gob.cl/normativa/571/articles-8961_recurso_1.pdf [fecha última visita: 30 de junio de 2015].

³⁹ Empresas Banmédica S.A. se constituyó en el año 1988 como sociedad anónima abierta, y es controlada por Inversiones Santa Valeria Ltda., perteneciente al Grupo Fernández, y Empresas Penta S.A., perteneciente al Grupo Penta.

⁴⁰ Empresas Red Salud S.A. se constituyó como sociedad anónima cerrada en el año 2008, se encuentra inscrita en el Registro de Valores de la Superintendencia de Valores y Seguros desde 2011, y su objeto es la inversión en toda clase de bienes corporales e incorporales, incluyendo derechos en sociedades, acciones, valores mobiliarios, títulos de crédito y efectos de comercio. De acuerdo a información al año 2013, su propiedad corresponde a Inversiones La Construcción S.A. y la Mutual de Seguridad de la Cámara Chilena de la Construcción.

⁴¹ Al 31 de diciembre del 2014 la participación de ambas Isapres en forma conjunta asciende a 26,5% en cotizaciones y 24,6% en número de afiliados. Memoria año 2014 Banmédica S.A. Disponible en http://www.empresasbanmedica.cl/documents/PUMEM_201412_96528990_20150414_111711.pdf [fecha última visita: 30 de junio de 2015].

⁴² De acuerdo a información de Banmédica S.A., el desarrollo de la relación comercial de Clínica Santa María con las Isapres le ha permitido que todas las Isapres abiertas cuenten dentro de su oferta planes de salud con cobertura preferente en Clínica Santa María, con un crecimiento en la cartera de beneficiarios de esos planes durante el año 2014 de un 9%. Memoria año 2014 Banmédica S.A. Disponible en http://www.empresasbanmedica.cl/documents/PUMEM_201412_96528990_20150414_111711.pdf [fecha última visita: 30 de junio de 2015].

III. ANÁLISIS DE LA DENUNCIA

28. En primer lugar, y dado que la Denuncia concierne a una eventual conducta exclusoria llevada a cabo por las Isapres Investigadas en el mercado de los prestadores privados institucionales de salud, corresponde analizar el grado de poder de mercado que pudiesen tener estas aseguradoras en su mercado *aguas abajo*⁴³.

a. Análisis del mercado *aguas abajo*: Isapres *abiertas*

29. En Chile existen actualmente siete Isapres del tipo *abiertas*: Banmédica, Colmena, Consalud, Cruz Blanca, Masvida, Vida Tres e Isapre Óptima S.A. (“**Optima**”)⁴⁴. Las Isapres Banmédica y Vida Tres pertenecen a un mismo conglomerado, constituyendo un solo agente económico para los efectos del análisis de libre competencia, con lo cual, el número de actores en este mercado se reduce, en la práctica, a seis, representando cinco de ellas las Isapres Investigadas por diversas supuestas conductas descritas en la Denuncia.

30. Según se observa en el Cuadro N° 4, a diciembre de 2014, el conglomerado compuesto por Banmédica y Vida Tres poseía la mayor participación de mercado en términos de beneficiarios y cotizaciones percibidas. Le siguen Cruz Blanca y Consalud con participaciones de mercado similares en términos de beneficiarios, sin embargo, la primera cuenta con un mayor nivel de cotización. Por su parte, Masvida y Colmena se ubican en el tercer segmento de participaciones, aun cuando la segunda posee una mayor participación en términos de cotizaciones, dado el segmento socioeconómico de mayores ingresos al cual apunta. Finalmente, se constata que Óptima posee una baja penetración en este mercado.

⁴³ Si bien el orden de ambos mercados podría invertirse, esto es, considerar que las Isapres *abiertas* son un mercado relevante *aguas arriba* y que los prestadores privados de salud corresponden al mercado *aguas abajo*, en los hechos, el análisis de libre competencia no variaría. En este caso se prefirió la consistencia con la definición de los mercados relevantes realizada en la Minuta de Archivo Rol N° 2182-13 FNE.

⁴⁴ Corresponde a la sucesora legal de Isapre Ferrosalud S.A., la cual cambió de nombre sin que dicha modificación tenga mayores implicancias legales.

Cuadro N°4:
Participación de mercado de Isapres abiertas
(A diciembre 2014)

Isapres	Beneficiarios		Cotización percibida	
	Cotizantes	Cotizantes + Cargas	Legal	Legal + Voluntaria
Banmédica / Vida Tres	24,6%	25,0%	24,8%	26,5%
Cruz Blanca	21,2%	20,9%	21,0%	21,9%
Consalud	20,5%	20,7%	18,0%	17,0%
Masvida	16,5%	16,8%	17,6%	15,0%
Colmena	16,2%	15,9%	18,4%	19,4%
Óptima	0,9%	0,6%	0,3%	0,2%
Total	100%	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia en base a información de Superintendencia de Salud.

31. En términos de concentración, este mercado presenta un índice Herfindahl-Hirschman (“HHI”) de aproximadamente 2.030 puntos, medido en términos de beneficiarios, y de cerca de 2.071 puntos, si éste se mide por cotización total percibida. Es decir, se trataría de un mercado moderadamente concentrado.

32. En cuanto a las barreras a la entrada, existirían ciertas condiciones que limitarían la probabilidad y oportunidad de entrada a este mercado⁴⁵. Así lo destacó el H. TDLC en el pasado⁴⁶ y lo ratificó el Estudio “Mercado de la Salud Privada en Chile” de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, en lo pertinente⁴⁷.

33. En síntesis, las principales barreras de entrada existentes en este mercado, estarían dadas por:
 - a. La necesidad de contar con una escala mínima eficiente, determinada por el número de cotizantes que conforman la cartera de cada Isapre.

 - b. La exigencia de contar con un número relevante de prestadores institucionales de prestigio y calidad –normalmente a través de la

⁴⁵ Al respecto, Isapre Masvida señaló en su Memoria de 2012 que “Este sector continúa siendo un oligopolio en el que hay pocos actores y no hay entrada de nuevas empresas”. Memoria Masvida año 2012, p. 10. Disponible en http://virtual.masvida.cl/revista_digital/memoria2012/#/10/zoomed [fecha última visita: 30 de junio de 2015].

⁴⁶ Considerandos Quincuagésimos séptimo y Sexagésimo quinto de la Sentencia 57/2007 del H. TDLC.

⁴⁷ El estudio está disponible en: <http://www.fne.gob.cl/wp-content/uploads/2012/11/INFORME-PUCV-MERCADO-SALUD.pdf> [fecha última visita: 30 de junio de 2015].

celebración de Convenios— que hagan atractiva la oferta aseguradora de cada Isapre. En algunos casos, ello también incluye la necesidad de contar con Convenios con prestadores individuales (normalmente especialistas), particularmente en aquellos casos en que los prestadores institucionales no cuentan con un *staff* de médicos residentes.

- c. La existencia de costos de cambio, los cuales se verían exacerbados por:
 - (i) disposiciones normativas que exigen una permanencia mínima de un año a los afiliados; (ii) la regulación sobre preexistencias; y (iii) el muy alto número de planes disponibles por cada asegurador, circunstancia que dificultaría la comparación de planes por parte de los usuarios y fomentaría, en cambio, su permanencia en la misma Isapre. Muestra de lo anterior son las estadísticas sobre movilidad dentro del sistema que exhiben las Isapres, que serían cercanas a un 5,4%⁴⁸.
 - d. La integración vertical entre el mercado asegurador y el prestador, la cual podría constituir una de las barreras a la entrada que en mayor medida se califique como anticompetitiva dentro de este mercado⁴⁹.
34. La existencia de estas condiciones, que dificultan o inhiben la desafiabilidad de las Isapres incumbentes, son consistentes con la nula entrada que se ha evidenciado en este mercado durante los últimos años, sumado a la progresiva concentración de la industria, que desde el año 1996 a la fecha ha pasado de 20 oferentes a 6⁵⁰.
35. Sin perjuicio de que, en principio, no existiría ningún actor con una marcada preponderancia en relación a otro, se debe tener presente que la afiliación obligatoria a un asegurador y los costos de cambio existentes en esta industria, tienden a disminuir la intensidad competitiva entre Isapres, y contribuyen a generar las condiciones para que cada asegurador ejerza cierto poder de mercado respecto de sus afiliados. Lo anterior podría verse

⁴⁸ De acuerdo a las cifras de la Superintendencia de Salud, entre los meses marzo de 2014 y marzo de 2015, 99.682 personas se movilizaron dentro del sistema de Isapres, es decir, se cambian de Isapre, lo que representa el 5,4% del total de afiliados. Asimismo, dentro de estas mismas fechas, ingresaron al sistema de Isapres 213.319 personas, lo que representa un 11,6% del total de afiliados vigentes a marzo de 2015. Información disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-12345_recurso_1.xls [fecha última visita: 30 de junio de 2015].

⁴⁹ Esta situación ya fue analizada en términos teóricos por esta Fiscalía en la Minuta de Archivo del Rol N° 2182-13 FNE. Disponible en <http://www.fne.gob.cl/defensa-de-la-libre-competencia/investigaciones-de-la-fne/> [fecha última visita: 30 de junio de 2015].

⁵⁰ Considerando quincuagésimo octavo de la Sentencia 57/2007 del H. TDLC.

exacerbado, considerando la segmentación por estratos socioeconómicos a los que cada Isapre apuntaría⁵¹.

36. Así las cosas, resulta adecuado analizar las potenciales conductas exclusorias que pudiesen ocurrir en este mercado, en particular aquellas derivadas de la integración vertical entre las aseguradoras y los prestadores de salud privada y descritas en la denuncia.

b. Análisis de las conductas denunciadas

37. Tal como fue mencionado anteriormente, la Denuncia está relacionada con supuestas conductas exclusorias llevadas a cabo por las Isapres en contra de algunos prestadores privados de salud. Específicamente, el análisis se hace cargo de tres prestadores privados, de distintas características, ubicados en la Región metropolitana.
38. De acuerdo a la Denuncia, las eventuales prácticas anticompetitivas se habrían traducido en la exclusión de los mencionados prestadores privados de salud, y estarían ocasionando graves perjuicios económicos a éstos⁵². Sin perjuicio de que cada uno de los denunciados se encontraría afectado por conductas particulares, de manera general, es posible señalar que la supuesta exclusión sería llevada a cabo a través de las siguientes prácticas⁵³:
 - a. Las Isapres Investigadas suscribirían convenios con los prestadores de salud, excluyendo de manera injustificada a aquellos que no se encuentran verticalmente integrados con ellas. Concretamente, este abuso se habría manifestado, de acuerdo a la Denuncia, a través de la negativa por parte de algunas de las Isapres Investigadas, de permitir a las clínicas y centros médicos con los cuales no están integradas verticalmente, la opción de establecer convenios o, en caso de existir, emitir el bono electrónico⁵⁴⁻⁵⁵.

⁵¹ Al respecto ver la Minuta de Archivo del Rol N° 2182-13 FNE y el Estudio "Mercado de la Salud Privada en Chile" de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, disponible en: <http://www.fne.gob.cl/wp-content/uploads/2012/11/INFORME-PUCV-MERCADO-SALUD.pdf> [fecha última visita: 30 de junio de 2015].

⁵² Denuncia confidencial, p. 1.

⁵³ Denuncia confidencial, Sección II.

⁵⁴ Los bonos electrónicos son emitidos a través del sistema "I-Med" que permite registrar la huella digital del paciente. A través de éste, los pacientes pueden pagar inmediatamente sólo el copago

- b. Las Isapres derivarían a los afiliados únicamente a los prestadores institucionales con los cuales se encuentran relacionadas, excluyendo a los demás competidores.
 - c. Las Isapres Investigadas comercializarían planes complementarios de salud que benefician a sus propias clínicas y centros médicos y excluirían a los competidores de éstas⁵⁶.
39. Lo anterior, de acuerdo a lo señalado en la Denuncia, podría eventualmente tener como consecuencia graves perjuicios económicos para los denunciados. De esta forma, en lo que sigue se analizarán las conductas específicas que se denuncian para cada uno de los prestadores de salud mencionados en la presentación, así como también los supuestos perjuicios económicos que éstos estarían sufriendo.
40. En relación a [1], se procederá al análisis de las presuntas conductas anticompetitivas que estarían afectando a este prestador respecto de cada una de las Isapres mencionadas en la denuncia.
41. En primer lugar, en relación a la negativa de suscripción de convenios, de acuerdo a información contenida en la Denuncia, [1] cuenta con convenios vigentes con Fonasa, Colmena, Cruz Blanca, Consalud y Masvida. En este sentido, la eventual conducta se referiría 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 la prestación, sin tener que realizar el trámite de reembolso ante la Isapre. Este sistema es provisto por la compañía I-Med S.A. que, a su vez, es una empresa de Sonda S.A.

⁵⁵ De acuerdo a información proporcionada por I-Med S.A. a la Investigación Rol 2244-13 con fecha 29 de enero de 2014, los convenios suscritos entre Isapres y clínicas o centros médicos implican, a su vez, una obligación de dicho prestador institucional de suscribir un convenio con I-Med para la venta de bonos en el local de atención. Sin perjuicio de ello, cada Isapre suscribe un convenio con I-Med, atendido que el servicio requiere de la utilización de un software que permite a la Isapre autorizar el acceso en línea a las prestaciones desde el punto de venta y su certificación, para así calcular el copago que corresponde recaudar al prestador, según el plan del paciente. A mayor abundamiento, los convenios entre prestadores e I-Med u Orden S.A., entienden que es un requisito esencial a dichos contratos, la existencia de un convenio entre el respectivo prestador y uno o más de los financiadores de las prestaciones, entendiéndose por tales a las instituciones previsionales de salud públicas (Fonasa) o privadas (Isapres).

⁵⁶ Al respecto, cabe tener en consideración que a la fecha de la denuncia, todas las Isapres Investigadas tenían relación de propiedad con uno o más prestadores institucionales dentro de la Región Metropolitana de Santiago.

de regulación particular, por lo que estas se rigen por la libertad de contratación entre partes⁵⁷.

42. De esta forma, es posible analizar la práctica de Banmédica y Vida Tres desde la perspectiva de la conducta anticompetitiva denominada “negativa de venta” o “*refusal to deal*”⁵⁸, que de acuerdo a lo señalado por el H. TDLC corresponde: “[...] a la conducta exclusoria que consiste en negarse injustificadamente a contratar abusando de una posición de dominio”⁵⁹.
43. En relación a esta conducta, tanto la doctrina como la jurisprudencia ha entendido que, como principio general, las empresas dominantes tienen el derecho a negarse a contratar y decidir unilateralmente con qué terceras partes quieren hacer negocios⁶⁰. Sin perjuicio de lo anterior, en casos excepcionales, es posible imponer la obligación de contratar, siempre y cuando, se cumplan circunstancias especiales bien definidas.
44. Así, la primera condición que se debe cumplir para estar frente a un caso de *refusal to deal* es que el bien o servicio que se está negando a la empresa excluida sea esencial para que ésta pueda desarrollar su negocio. Es decir, es un requisito de la conducta que el bien o servicio sea indispensable para la empresa, entendiendo por esto que no existan sustitutos reales o potenciales en los que la empresa excluida pueda basarse para contrarrestar las consecuencias negativas de la denegación. Este requisito es lo que la Comisión Europea ha definido como que exista una “necesidad objetiva del insumo”⁶¹.

⁵⁷ La única referencia a esta relación contractual en la legislación sectorial se encuentra contenida en el artículo 110 N° 9, del Decreto con Fuerza de Ley N° 1, de 2006, que establece que la Superintendencia de Salud debe velar porque la aplicación práctica de los contratos celebrados entre los prestadores de salud y las Isapres no afecte los beneficios a que tienen derecho el afiliado o sus beneficiarios.

⁵⁸ En la literatura se habla de la negativa de venta como *refusal to deal* o *refusal to supply* indistintamente.

⁵⁹ Considerando vigésimo cuarto de la Sentencia 16/2005 del H. TDLC.

⁶⁰ Al respecto ver el Caso T-41/96 *Bayer v Commission* [2000] ECR II-3383, 2001 4 CMLR 126, para. 180; y Caso C-7/97 *Oscar Bronner v Mediaprint* [1998] ECR I-7791, [1999] 4 CMLR 112. Además revisar Jonathan Faull & Ali Nikpay, “*The EU Law of Competition*”, Oxford University Press, Third Edition, 2014, p. 467 en adelante; y Robert O’Donoghue y Jorge Padilla, “*The Law and Economics of Article 102 TFEU*”, Hart Publishing, Second Edition, 2013, p.509 en adelante.

⁶¹ Al respecto revisar el documento de la Comisión Europea “Orientaciones sobre las prioridades de control de la Comisión en su aplicación del artículo 82 del Tratado CE a la conducta excluyente abusiva de las empresas dominantes”, de fecha 24 de febrero de 2009.

45. Este requisito ha sido recogido por el H. TDLC en su análisis de casos de negativa de venta, en donde ha señalado que: “[l]a negativa a contratar constituye una restricción competitiva en la medida que impida a un agente de mercado acceder libremente, y en igualdad de condiciones con sus competidores, al abastecimiento de bienes o servicios que son esenciales para el ejercicio de su actividad económica”⁶².
46. A *contrario sensu*, en caso de que la negativa de contratación se refiera a un bien o servicio que no resulte esencial o indispensable para la empresa, entonces esta conducta no podría ser calificada como atentatoria contra la libre competencia.
47. En el caso bajo análisis, la negativa de contratación corresponde a la no suscripción de convenios por parte de las Isapres Banmédica y Vida Tres con [1]. A juicio de esta División, existen dos elementos que permitirían descartar que esta conducta pueda ser calificada como contraria a la libre competencia, por cuanto 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 [1] 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 [1], al poder este prestador sustituir pacientes entre un asegurador y otro sin costos significativos⁶³⁻⁶⁴.
48. El análisis anterior requiere una explicación adicional de modo que no se presenten equívocos. En la sección II.b. del presente informe se señaló que, de cara a los beneficiarios, las Isapres *abiertas* representan un mercado relevante distinto de Fonasa. Sin embargo, en el párrafo

⁶² Considerando vigésimo cuarto de la Sentencia 16/2005 del H. TDLC [Énfasis agregado].

⁶³ Si bien existen prestadores de salud privada que están enfocados casi en un 100% en los afiliados a Isapres, este no es el caso de [1] dado que parte importante de su facturación proviene de asegurados de Fonasa. En términos agregados, los beneficiarios de Fonasa representan un 76,3% del total del mercado de la salud, mientras que los del conglomerado Banmédica / Vida Tres sólo el 4,6%.

⁶⁴ En jurisprudencia comparada se ha estimado que un cierre de mercado de un 30% se considera sustancial de manera de analizar si la conducta resulta anticompetitiva. A modo de ejemplo, véase *Satellite Television & Associated Rs.*, 714 F.2d at 257, *Magnus Petroleum Co. v Skelly Oil Co.*, 559 F.2d 196 (7th Cir. 1997), *Beltone Electronics Corp*, 100 F.T.C. 68 (1982), *Sewell Plastics Inc. v Coca-Cola*, 720 F. Supp., 1196, 1212-14 (W.D.N.C 1989), *Langnese-Iglo GmbH v Commission* (Caso T-7/93).

precedente se señaló que [1] podía sustituir pacientes entre aseguradoras, incluyendo dentro de este grupo a aquellos afiliados a Fonasa. No obstante la aparente incongruencia en el análisis, la razón detrás de la inclusión de Fonasa en el análisis de la conducta exclusoria es que, a pesar de que, de cara a los beneficiarios las Isapres y Fonasa pertenezcan a mercados relevantes distintos, de cara a los prestadores de salud privada la demanda potencial que éstos enfrentan está compuesta tanto por los beneficiarios de Fonasa como por aquellos afiliados a las Isapres *abiertas*⁶⁵.

49. De esta manera, al realizar el análisis de exclusión es necesario considerar la totalidad de la demanda que enfrentan los prestadores, la que, como ya fue señalado, incluye a los beneficiarios de todas las aseguradoras. En este sentido, a los prestadores privados de salud lo que realmente les importa es maximizar sus utilidades, sin tomar en consideración el tipo de seguro con que cuentan los pacientes. En definitiva, y de manera más general, al realizar un análisis de una conducta exclusoria es necesario tomar en consideración la totalidad del mercado potencial que enfrenta un oferente.
50. En segundo lugar, respecto a la eventual derivación de pacientes, en el caso de Consalud⁶⁶, [1] podría eventualmente verse afectada por supuestas prácticas de derivación de pacientes beneficiarios de Consalud hacia la Clínica Bicentenario (“**Bicentenario**”), prestador institucional verticalmente integrado con esa Isapre, inaugurado el año 2011⁶⁷. Lo anterior, habría

⁶⁵ En el caso de algunos prestadores puede ser necesario matizar la afirmación anterior por cuanto éstos pueden estar dirigidos a segmentos socioeconómicos que no se encuentran asegurados por Fonasa. Sin embargo, este no es el caso de los denunciados [1], [2] y [3].

⁶⁶ Consalud pertenece al holding chileno Red Salud, controlador de diversos prestadores, como Megasalud, y de las clínicas Avansalud, Tabancura, Bicentenario, Arauco Salud, Iquique, entre otros. El conglomerado, de acuerdo a información contenida en su memoria del año 2013, inició durante ese mismo año la implementación de un programa de desarrollo de inversiones para proyectar la presencia de la compañía en todo el país, aumentar la complejidad y facilitar el acceso de la población de ingresos medios a la salud de calidad provista por el sector privado. En ese contexto, creó Bicentenario, amplió Clínica Avansalud, mejoró las instalaciones de Megasalud y amplió Clínica Tabancura, junto con desarrollar una red regional de clínicas. Memoria Red Salud año 2013, p. 4. Disponible en <http://www.redsalud.cl/wp-content/uploads/2014/07/20140617%20Red%20Salud%20Final%20ALTA.pdf> [fecha última visita: 30 de junio de 2015].

⁶⁷ De acuerdo a información pública, Bicentenario, si bien obtuvo resultados negativos durante el año 2013, ha optimizado sus operaciones, viéndose sobrepasadas por el volumen de actividad que genera y el cual a su vez sería producto del interés de la comunidad y su entorno por acceder a prestaciones de salud de calidad y alto estándar de servicios. Bicentenario habría incrementado su actividad en 30,4% desde las 810 mil prestaciones que otorgó el año 2011 a 1,06 millones en 2013, y, en términos de ventas, pasaron de \$27.869 millones en 2012 a \$36.204 en 2013, representando un incremento de 29,9%. Memoria Red Salud año 2013, pp. 5 y 6. Disponible en <http://www.redsalud.cl/wp-content/uploads/2014/07/20140617%20Red%20Salud%20Final%20ALTA.pdf> [fecha última visita: 30 de junio de 2015].

generado, de acuerdo a lo señalado en la Denuncia, una considerable disminución de los pacientes atendidos por [1] beneficiarios de Consalud⁶⁸. En este sentido, de acuerdo a la Denuncia, la apertura de Bicentenario, habría sido especialmente perjudicial para dicho prestador, atendida su ubicación y características, siendo considerado un competidor directo⁶⁹⁻⁷⁰.

51. Por su parte, Clínica Bicentenario es un prestador de alta complejidad, acreditado por la Superintendencia de Salud, preparado para la atención de patologías de todos los niveles de resolución y cuenta con 12 pabellones generales, 5 pabellones gineco-obstétricos, 38 boxes de consultas médicas, 15 boxes de urgencia, 22 salas de procedimientos y 235 camas⁷¹. Respecto de la actividad de esta clínica, el año 2013 atendió 165.923 consultas médicas y 18.122 egresos hospitalarios, de los cuales cerca del 70% correspondieron a pacientes afiliados al sistema de Isapres. Finalmente, la facturación total de este centro hospitalario fue de \$36.204 millones aproximadamente el año 2013⁷².
52. Lo anterior daría cuenta, a juicio de esta División, de la existencia de ciertas diferencias entre ambos prestadores institucionales, tanto en términos de infraestructura y cantidad de servicios ofrecidos, como de composición de la demanda -Isapres versus Fonasa- y niveles de facturación.
53. De esta forma, siguiendo la misma lógica aplicada para analizar la conducta de *refusal to deal*, en este caso es necesario considerar la totalidad de la demanda que enfrentan los prestadores de salud para determinar una potencial conducta exclusoria. En este sentido, la baja participación de las Isapres en la facturación de [1], y en particular de Consalud, haría que, en principio, cualquier esfuerzo de exclusión por parte de alguna de estas

⁶⁸ Denuncia confidencial, p. 27.

⁶⁹ [4].

⁷⁰ [5].

⁷¹ Clínica Bicentenario se encuentra ubicada en Av. Libertador Bernardo O'Higgins N°4850, comuna de Estación Central. Debido a su ubicación, permite brindar atención de salud al sector central y poniente de Santiago, que incluye comunas con importante crecimiento, como son: Maipú, Estación Central, Pudahuel, Cerro Navia, Quinta Normal, Pedro Aguirre Cerda, San Bernardo, Calera de Tango, Melipilla y otras. Se beneficia con accesos expeditos a través de la red del Metro y una de las principales arterias de tránsito de Santiago como lo es la Alameda Bernardo O'Higgins. Memoria Red Salud año 2013, p. 43. Disponible en <http://www.redsalud.cl/wp-content/uploads/2014/07/20140617%20Red%20Salud%20Final%20ALTA.pdf> [fecha última visita: 30 de junio de 2015].

⁷² Información obtenida a partir de la Memoria Anual 2013 de Red Salud S.A e información aportada por la Superintendencia de Salud el 25 de septiembre de 2014 en respuesta al Oficio Ord. N° 1342.

aseguradoras resultase ineficaz. En otras palabras, de los números presentados es posible interpretar que ninguna Isapre contaría con el suficiente poder de mercado sobre los pacientes de [1] como para llevar a cabo una estrategia exclusoria.

Cuadro N° 5:

**Participación de Aseguradoras en [1]
(Porcentaje de facturación total)**

[6]

54. Sin perjuicio de que, en principio, ninguna Isapre Investigada contaría con suficiente poder de mercado como para llevar a cabo una estrategia de exclusión en el caso bajo análisis, esta División consideró pertinente estudiar la evolución de la facturación de [1] y, en particular, el impacto que la apertura de la Clínica Bicentenario pudiese haber tenido sobre ésta.
55. En el Cuadro N° 6 se presentan los niveles de facturación de [1] para los últimos seis años. En éste es posible observar que, en primer lugar, la facturación total se mantuvo relativamente constante entre los años 2009 a 2012, experimentando un aumento significativo en los años 2013 y 2014, alcanzando sus mayores niveles de los últimos seis años. En términos porcentuales, en el período comprendido entre el año 2009 y el 2014 la facturación total de [1] aumentó alrededor de un [7]. Ahora bien, si se desglosa la facturación entre tipos de aseguradoras –sistema público o privado de financiamiento de prestaciones de salud-, es posible notar que los ingresos vinculados a Fonasa han crecido un [8] durante el período en análisis, mientras que la facturación correspondiente a Isapres ha caído un [9]. Particularmente relevante en esta disminución ha sido la baja experimentada en la facturación percibida por parte de Consalud, la cual ha caído un [10]. Con todo, es posible observar que el aumento en facturación por parte de Fonasa más que ha compensado la caída que [1] ha experimentado en los ingresos percibidos por concepto de atenciones a beneficiarios de Isapres en el sistema privado.
56. De esta manera, a juicio de esta División, lo anterior sería consistente con el criterio empleado en el presente informe para evaluar potenciales conductas exclusorias, por cuanto los datos mostrarían que, en principio, [1] habría podido sustituir demanda entre los distintos tipos de aseguradores,

manteniendo un crecimiento sostenido en sus niveles de facturación, a pesar de las bajas experimentadas en algunas Isapres. En cuanto a la disminución de los ingresos percibidos por afiliados de Consalud, es posible que ésta se deba, al menos en parte, a la entrada en funcionamiento de la Clínica Bicentenario, aun cuando la caída comenzó con antelación a la apertura de dicho centro médico.

57. Así las cosas, en principio no se observaría un efecto permanente en la facturación de [1] por la entrada de la Clínica Bicentenario, sino más bien un cambio en la composición de la demanda atendida por [1].

Cuadro N° 6:

Facturación total de [1]

(En pesos)

[11]

58. Continuando con el análisis del impacto de la apertura de la Clínica Bicentenario sobre los ingresos de [1], en el Gráfico N° 1 se presenta la evolución de la facturación de esta última, de acuerdo a las prestaciones más importantes que realiza⁷³. Este análisis se circunscribió a las prestaciones realizadas a pacientes beneficiarios de Consalud, ya que éstos son los potenciales clientes que esta Isapre podría derivar a su clínica verticalmente integrada. De hecho, para las prestaciones bajo análisis, los datos indican que los niveles de ingreso de los pacientes de ambas clínicas son similares, por lo que, para estas prestaciones, podría existir algún grado de sustitución entre ambos centros hospitalarios desde el punto de vista de la demanda⁷⁴.
59. Al respecto, en el Gráfico N° 1 es posible notar que, en primer lugar, la facturación de [1] venía cayendo de forma previa al ingreso de Clínica Bicentenario al mercado, por lo que se hace difícil establecer este ingreso como la causa de la caída observada. En segundo lugar, desde el año 2013

⁷³ Los números presentados corresponden a las medias móviles trimestrales de la facturación.

⁷⁴ El ingreso promedio de los afiliados de Consalud que se atendieron en [1] es de \$896.548, mientras que el ingreso promedio de los afiliados de esta misma Isapre que se atendieron en Bicentenario fue de \$911.487. Estos promedios consideran sólo las prestaciones definidas como las más relevantes en términos de facturación en [1]. Los datos corresponden a información aportada por la Superintendencia de Salud el 6 de marzo de 2014 en respuesta al Oficio Ord. N° 308, y también a información aportada por la Superintendencia de Salud el 25 de septiembre de 2014 en respuesta al Oficio Ord. N° 1342.

los niveles de facturación de [1] se han recuperado fuertemente, alcanzando sus mayores niveles para el período 2009 a 2014. Nuevamente, la evidencia no entrega indicios de una potencial conducta exclusoria de parte de Consalud sobre [1].

Gráfico N° 1:

**Facturación mensual de Consalud en [1]
(Medias móviles trimestrales en pesos)**

[12]

60. Por otra parte, dentro de los hechos descritos en la denuncia se encuentra el referido a la supuesta negación de acceso a los planes cerrados de Consalud. Al respecto, es importante mencionar que este tipo de planes se encuentran permitidos por la ley⁷⁵, y representan solo el 3,71% de los planes vigentes de Consalud que cuentan con afiliados activos, y al mismo tiempo, sólo el 10,04% de sus clientes se encuentra inscrito en ese tipo de plan, por lo que su importancia relativa es baja. Con respecto a los planes preferentes, éstos representan el 31,48% de los planes vigentes de Consalud que cuentan con afiliados activos, y en ellos se encontrarían inscritos el 46,85% de sus afiliados⁷⁶.
61. Así las cosas, parece más razonable analizar el comportamiento de la Isapre con respecto a los planes preferentes antes que respecto a sus planes cerrados. El Gráfico N° 2 a continuación muestra el porcentaje de planes de Consalud en los que [1] aparece como prestador preferente dentro del período comprendido entre 2009 y 2013.

⁷⁵ El artículo 189 literal b) del DFL N°1 señala: "El Plan de Salud Complementario, que podrá contener una o más de las siguientes modalidades para el otorgamiento de las prestaciones o beneficios: A. – Plan libre elección: aquel en que la elección del prestador de salud es resuelta discrecionalmente por el afiliado o beneficiario, sin intervención de la Institución de Salud Previsional. Para efectos del otorgamiento de las prestaciones de salud en la modalidad de libre elección cuya cobertura financiera se efectúe por la vía del reembolso, la Institución de Salud Previsional deberá pagarlas de acuerdo al plan, sin supeditarla a que los prestadores mantengan convenios con la Institución o estén adscritos a ella. B. – Plan cerrado: **aquel cuya estructura sólo contempla el financiamiento de todas las atenciones de salud a través de determinados prestadores individualizados en el plan, no previéndose el acceso a las prestaciones bajo la modalidad de libre elección.** Con todo, la Superintendencia podrá determinar, mediante instrucciones generales, los casos excepcionales en que el afiliado o beneficiario podrá ser atendido por un prestador distinto al individualizado en el plan, eventualidad en la cual tendrá derecho, como mínimo, a la cobertura financiera que debe otorgar el Fondo Nacional de Salud en la modalidad libre elección. C. – Plan con prestadores preferentes: aquel cuya estructura combina la atención bajo modalidad de libre elección y el financiamiento de beneficios a través de determinados prestadores previamente individualizados en el planes" [Énfasis agregado].

⁷⁶ Estimación en base a información aportada por la Superintendencia de Salud el 25 de septiembre de 2014 en respuesta al Oficio Ord. N° 1342.

Gráfico N° 2:

Planes preferentes como porcentaje de los planes totales vigentes

(En porcentaje)

[13]

62. En éste es posible notar que alrededor del [14] de los planes vigentes de Consalud⁷⁷ tienen a [1] como prestador preferente⁷⁸, por lo que no existirían indicios de que Consalud esté excluyendo a [1] por esta vía.
63. En segundo lugar, respecto de Masvida, el prestador [1] podría eventualmente verse afectado por supuestas prácticas, al no ser incluido en la publicidad y buscador de convenios del sitio de internet de la aseguradora, quedando en la práctica en el desconocimiento de sus afiliados que dicha Isapre tiene convenio de atención vigente con dicho prestador no relacionado.
64. Al respecto, esta División ha constatado que el sitio de internet de Masvida cuenta, efectivamente, con un buscador de convenios y prestadores por región, y en el caso de la Región Metropolitana, es por zona, sin que se incluya en el resultado de búsqueda de clínicas y centros médicos a la totalidad de los prestadores que contarían con convenio actualmente, entre ellos [1]⁷⁹. Al respecto, si bien este hecho no podría ser constitutivo de una conducta exclusoria en sí respecto de los prestadores institucionales no señalados en dicho sitio de internet, lo adecuado sería que las Isapres Investigadas incorporasen, y mantengan actualizada, información respecto de todos los prestadores en convenio, en especial considerando que algunas de ellas mantienen relaciones de propiedad con otros prestadores cuyos convenios sí se publicitan, siendo competidores de otros prestadores no relacionados con convenios.
65. Asimismo, la denuncia señala que [1] 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, aun cuando cuenta con los puntos

⁷⁷ Estimación propia de acuerdo a información aportada por Isapre Consalud con fecha 12 de noviembre de 2013 y 27 de enero de 2014 a la Investigación Rol 2244-13.

⁷⁸ [15].

⁷⁹ Buscador de convenios en el sitio web de Isapre Masvida. Disponible en: http://virtual.masvida.cl/busqueda_convenios/ [fecha última visita: 30 de junio de 2015].

de certificación I-Med en sus instalaciones. Lo anterior, a juicio de esta División, no constituiría una conducta anticompetitiva en sí misma, pero sí podría ser en un mecanismo que, sumado a otras prácticas, dificulte la contratación con prestadores no integrados al aumentar los costos de transacción.

66. Sin embargo, en este caso, la participación de Masvida en las ventas de [1] no ha superado el [16] de su facturación total durante los últimos seis años, ni el [17] en la facturación representada por las Isapres en dicho prestador, para el mismo período⁸⁰. Por lo tanto, las cifras descritas no permiten deducir que estas circunstancias sean, por sí solas, determinantes en la capacidad de desenvolvimiento competitivo de dicho prestador⁸¹.
67. Por otra parte, respecto de las Isapres Investigadas, la denuncia hace referencia en términos generales a posibles otras conductas de derivación de demanda de servicios de salud de los beneficiarios de dichas aseguradoras hacia sus propios prestadores relacionados, ya sea: (i) por medio de estrategias desde algunas de las Isapres Investigadas en la oferta de planes complementarios de salud; y/o, (ii) mediante estrategias de derivación desde los prestadores de atención abierta hacia la oferta de servicios de salud en atención cerrada.
68. En relación a las eventuales estrategias desde la propia aseguradora en la comercialización de planes complementarios de salud que limitarían las opciones de libre elección o preferencia, en desmedro de otros prestadores de atención cerrada no relacionados, como es el caso de [1]⁸².

⁸⁰ De acuerdo a información aportada por [1] con fecha 8 de mayo de 2015 a la Investigación Rol 2244-13.

⁸¹ Asimismo, es necesario considerar que, al registrar los beneficiarios de Masvida pocas visitas a [1], es posible que dicha Isapre no cumpla, aun después de la suscripción del convenio entre dicha ella y [1] con el mínimo de transacciones que la Isapre debe garantizar, conforme al contrato suscrito entre ella e I-Med S.A. No obstante, de acuerdo a la información proporcionada por I-Med a la Investigación Rol 2244-13, los puntos de certificación habilitados en los prestadores no tienen cargo para la Isapre.

⁸² Al respecto, de acuerdo a información de la Superintendencia de Salud, que considera prestadores a nivel agregado en el territorio nacional, cerca de 41,5% de las prestaciones bonificadas por Banmédica y el 22,5% de Vida Tres corresponderían a prestadores institucionales relacionados. Asimismo, de las prestaciones bonificadas por Consalud, un 24,3% habría correspondido a servicios realizados en prestadores relacionados al su holding de la Red Salud. Por su parte, otras aseguradoras mostrarían una participación menos relevante de sus prestadores relacionados en el total de los montos bonificados. Este sería el caso, por ejemplo, de prestadores relacionados a Cruz Blanca (entre ellos, Clínica Reñaca, Centros Médicos Integramédica, Centro de Diagnóstico Avanzado San José, etc.), que concentran un 9,1% de las prestaciones bonificadas por la Isapre; los prestadores vinculados a Masvida, que representan un 12,4% de las prestaciones bonificadas (incluyendo, a lo menos, a Clínica Las Lilas, Clínica Universitaria de Concepción, Clínica El Loa, Clínica Isamédica, Clínica Chillán y Clínica Los Andes, todas ellas en distintas

69. Al respecto, de acuerdo a antecedentes recopilados por esta División, esta derivación denunciada no estaría recogida, al menos, en los contratos que tienen las distintas Isapres Investigadas con sus ejecutivos de venta de planes complementarios de salud, de manera tal que, en general, la derivación o preferencia de un plan con mejor o menor cobertura en un determinado prestador relacionado a una de las Isapres Investigadas, no derivaría de un incentivo monetario entregado explícitamente a dicho intermediario para que induzca la demanda en la contratación del cotizante y su aseguradora⁸³.
70. Sin perjuicio de lo anterior, de acuerdo a información proporcionada por Vida Tres y Banmédica a esta División, la comisión de venta de sus agentes en la Región Metropolitana se realizaría conforme a tablas de ponderación de productos individuales, que distinguen por tramos de acuerdo a la línea de planes que se trate y al valor en Unidades de Fomento del plan complementario de salud⁸⁴. Lo anterior podría derivar en que, para cierto rango de cotización de salud, se favorezca la oferta de planes pertenecientes a una línea de productos con prestador preferente, por ejemplo a Clínica Santa María -relacionado a dichas Isapres- en desmedro de otros planes, por ejemplo, de modalidad libre elección.
71. Analizado el caso concreto de Vida Tres, esta División observó que, si bien se favorecería, por medio de la entrega de mayores comisiones por la venta de productos, para un mismo rango de precio o cotización del plan complementario de salud, la contratación de planes pertenecientes a ciertas líneas o familias de planes⁸⁵, éstas no serían determinantes en términos de número de beneficiarios de dicha Isapre que podrían dejar de atenderse en

regiones de nuestro país); los centros médicos relacionados con Óptima con un 13,4% (Clínica Central y Centros Médicos Plusmédica); y los prestadores que estaban vinculados a Colmena, representando un 4,4% de las prestaciones bonificadas. Superintendencia de Salud, Estudio "Prestadores de Salud, Isapres y Holdings: ¿Relación Estrecha?" de diciembre de 2013. Disponible en http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-8826_recurso_1.pdf [fecha última visita: 30 de junio de 2015].

⁸³ Información proporcionada por Banmédica, en respuesta al Oficio Ord. 1114, Vida Tres en respuesta al Oficio Ord. 1115, Cruz Blanca al Oficio Ord. 1116, Masvida al Oficio Ord. 1117, Colmena en respuesta al Oficio Ord. 1118 y Consalud al Oficio Ord. 1148, todas ellas en agosto de 2014, en el contexto de la Investigación Rol 2244-13.

⁸⁴ Información proporcionada por Banmédica y Vida Tres con fecha 13 de noviembre de 2014 a la Investigación Rol 2244-13.

⁸⁵ Por ejemplo, a líneas de planes "Rojos" o "Burdeos", en desmedro de otros, y en especial de la línea Donatello para el caso de Vida Tres.

[1], considerando que en conjunto no habrían representado más del 3,5% de sus beneficiarios a la época de la Denuncia⁸⁶⁻⁸⁷.

72. Por su parte, en el caso de Banmédica, las líneas de planes que serían favorecidas con las comisiones de venta a sus ejecutivos, representaban en conjunto sólo el 5% de sus planes, y acumulaban el 20% de los beneficiarios de Banmédica a la época de la Denuncia⁸⁸⁻⁸⁹⁻⁹⁰.
73. Asimismo, en el caso de Banmédica, se observó que a partir del año 2009 entregó comisiones por la venta de planes que incluían cobertura en prestadores preferentes relacionados con Empresas Banmédica S.A., como son Clínicas Dávila y Vespucio⁹¹. Al respecto, esta División ha podido observar que esos planes representaban sólo el 9,3% de los beneficiarios de dicha Isapre a la fecha de la Denuncia, por lo que no se puede concluir fehacientemente que la comercialización de éstos hubiese sido orientada a producir eventuales abusos en desmedro de otros prestadores no relacionados⁹².
74. Por otra parte, la Denuncia menciona que Colmena comercializaría planes de salud complementarios que, a juicio de [1], no cumplirían con la lógica de la libre elección en aquellos prestadores distintos de los definidos como preferentes. En concreto, la Denuncia menciona el plan "UC San Carlos 419" que cuenta, para prestaciones hospitalarias y cirugía mayor ambulatoria, con una cobertura preferente del 100% sin tope en Clínica UC

⁸⁶ Los planes de las líneas Rojos y Burdeos corresponderían sólo 3% y 0.5% respectivamente de los beneficiarios de Isapre Vida Tres a diciembre de 2013. Estimación propia en base a información de la Superintendencia de salud, respecto de los planes de Vida Tres y sus beneficiarios a diciembre de 2013.

⁸⁷ Estos planes estarían orientados a la demanda de planes complementarios de salud con preferencia en prestadores institucionales que pertenecerían a distintos mercados relevantes que [1], considerando la ubicación geográfica de ellos, así como el rango de cotización promedio de sus cotizantes. En concreto, las cotizaciones promedio de planes comercializados de esas familias a diciembre de 2013 de 3,33 UF y 2,38 UF para líneas Rojos y Burdeos, respectivamente. Estimación propia en base a información proporcionada por la Superintendencia de Salud.

⁸⁸ Se observó un incentivo a la venta de productos de las líneas Oro y Oro Plus en desmedro de líneas Plata, Platino y Delta, en Banmédica.

⁸⁹ Estimación propia en base a información de la Superintendencia de salud, respecto de los planes de Banmédica y sus beneficiarios a diciembre de 2013.

⁹⁰ En concreto, la cotización promedio de los planes comercializados en líneas Oro y Oro Plus a diciembre de 2013 era de 1,73 UF. Estimación propia en base a información proporcionada por la Superintendencia de Salud.

⁹¹ Se trataría de planes de la familia "Red", los cuales habrían tenido exclusivamente prestadores de la red del holding.

⁹² En concreto, la cotización promedio de los planes comercializados en línea Red a diciembre de 2013 era de 1,05 UF. Estimación propia en base a información proporcionada por la Superintendencia de Salud.

San Carlos de Apoquindo⁹³, y una cobertura de libre elección del 90% en general, exceptuando a Clínicas Santa María, con una cobertura de 75%, y Las Lilas, Las Nieves y Alemana, con coberturas de 65%, aplicando diversos toques en cada una de ellas⁹⁴.

75. Sin perjuicio de la cobertura diferenciada que contendría el plan de salud complementario ya señalado, lo que podría desincentivar la demanda de servicios de los beneficiarios de dicho seguro en determinados prestadores, esta División considera que esta práctica podría responder, entre otras cosas, a una estrategia de contención de costos implementada por Colmena, de manera tal de ofrecer porcentajes de coberturas menores al 100% o 90% en determinados prestadores institucionales ubicados en el sector oriente de la Región Metropolitana, excluyéndolos de la modalidad de libre elección, pero en las que de todos modos se otorga una cobertura superior al 25% mínimo⁹⁵. Atendido lo anterior, esa conducta no habría sido suficiente para generar efectos nocivos al desenvolvimiento de [1], en tanto no se cuentan con antecedentes que muestren la existencia de planes específicos con cobertura menor a la de libre elección respecto de [1]⁹⁶⁻⁹⁷.
76. En relación a la eventual derivación de los beneficiarios de las Isapres Investigadas hacia sus prestadores relacionados, ésta se realizaría, de acuerdo a la Denuncia, por medio de la utilización de distintas estrategias en los prestadores institucionales de atención abierta o ambulatoria, como por ejemplo Megasalud y Vida Integra, vinculados a Consalud y Banmédica

⁹³ Cabe señalar que Clínica UC San Carlos de Apoquindo se encontraba a 2013, fecha del ingreso de la Denuncia, relacionada con Isapre Colmena. Esa relación de propiedad habría finalizado una vez que, en 2014, Colmena vendiera su participación en dicho prestador a Christus Health, tal como hiciera anteriormente con las participaciones que mantenía en la Asociación de Clínicas Regionales.

⁹⁴ Lo anterior, podría implicar, según la Denuncia, que se comercialicen planes de cobertura preferente en prestadores integrados, y de cobertura inferior a la de libre elección en prestadores no relacionados con la aseguradora, con el objeto de excluirlas.

⁹⁵ En virtud de lo establecido en los artículos 189 y 190 del DFL N° 1, las Isapres están obligadas a otorgar a todas las prestaciones contempladas en el plan complementario de salud, como mínimo la cobertura financiera que fija el Fonasa para la Modalidad de Libre Elección, o el equivalente al 25% de la prestación específica en relación a la genérica establecida en el plan.

⁹⁶ En este sentido, a un beneficiario que acuda a [1] le sería aplicable la cobertura del 90% sin tope en modalidad de libre elección, por lo que no se observa un perjuicio a dicho prestador en particular, en razón de la comercialización de este plan. Asimismo, Colmena no mantiene en la actualidad relación con el prestador preferente contemplado en este plan (Clínica UC San Carlos de Apoquindo), y además incluye, de acuerdo a información pública disponible en su buscador de planes con diversas alternativas de libre elección y múltiples prestadores no relacionados a dicha Isapre, entre ellos [1].

⁹⁷ Al respecto, véase la vitrina de planes del sitio web de Colmena. Disponible en <https://www.colmena.cl/CotizadorDePlanesWeb/pages/inicio.jsp> [fecha última visita: 30 de junio de 2015].

Vida Tres, respectivamente, hacia clínicas como Bicentenario, Clínica Tabancura, Clínica Dávila, Clínica Avansalud⁹⁸, Clínica Santa María.

77. Al respecto, en relación a presuntas prácticas descritas en la Denuncia⁹⁹, como la existencia de incentivos a los facultativos que trabajan en dichos centros ambulatorios para que deriven demanda desde éstos hacia determinadas Clínicas, esta División ha podido observar que, si bien anteriormente no habría sido una práctica aislada el sugerir a los médicos que apoyaran a los prestadores de atención cerrada relacionados, derivando pacientes cuando requiriesen alguna intervención quirúrgica o procedimiento, dicha práctica habría tenido lugar sólo en términos verbales y en forma esporádica, sin que se cuenten con mayores antecedentes al respecto, pues además, habría cesado durante el año 2013¹⁰⁰.
78. Ahora bien, en relación a [2], este prestador es [18]. Al respecto, la denuncia hace referencia a que dicho prestador habría observado una disminución considerable a partir del año 2008 en la participación que representaban las prestaciones a beneficiarios de las Isapres Consalud, Cruz Blanca, Banmédica y Vida Tres en su facturación¹⁰¹.
79. La situación se daría, de acuerdo a información aportada por [2]¹⁰², a raíz de la competencia que debe enfrentar en su calidad de prestador de atenciones ambulatorias, por parte de centros médicos relacionados con las

⁹⁸ De acuerdo a información de Red Salud, Clínica Avansalud tiene una oferta “orientada a una amplia gama de especialidades atendidas por más de 300 médicos de staff, con el objetivo de satisfacer las necesidades de nuestros clientes actuales y aumentar la cartera de clientes del segmento ABC1 y C2”. Además, “La estrategia comunicacional de la clínica [Avansalud] se basa en fortalecer los conceptos de calidez, competencia técnica y accesibilidad, trabajados fuertemente en medios de radio, vía pública y prensa, instalando un sentido aspiracional en los segmentos ABC1 y C2.” Memoria Red Salud año 2013, pp. 36 y 40. Disponible en <http://www.redsalud.cl/wp-content/uploads/2014/07/20140617%20Red%20Salud%20Final%20ALTA.pdf> [fecha última visita: 30 de junio de 2015].

⁹⁹ Al respecto, la Denuncia señala que algunas de las Isapres Investigadas evalúan a los médicos que prestan servicios en los centros médicos ambulatorios de acuerdo a la derivación de pacientes que realicen hacia otros prestadores de sus propias redes. Esto generaría que, “una vez que el usuario se atiende en el centro ambulatorio de la Isapre, el profesional médico no puede ofrecerle otra opción distinta a hospitalizarse en una de las clínicas de las redes asociadas”. Esto generaría una fuerte derivación de intervenciones quirúrgicas de beneficiarios de Isapre Consalud a clínicas Tabancura, Bicentenario, Arauco Salud y Avansalud, desde Megasalud. Además, se denuncia que “médicos que trabajan en Megasalud se les llama la atención si no derivan a sus pacientes a la Clínica Bicentenario”. Denuncia confidencial, p. 19.

¹⁰⁰ Información aportada a la Investigación Rol 2244-13 en declaraciones confidenciales de fecha 14 de octubre de 2013 y 2 de junio de 2015.

¹⁰¹ [19].

¹⁰² Información aportada por [2] con fecha 6 de enero de 2014 a la Investigación Rol 2244-13.

distintas Isapres Investigadas; en concreto: Integramédica¹⁰³ y Sonorad, vinculados a Cruz Blanca; Megasalud¹⁰⁴, integrado a Consalud; y Vida Íntegra¹⁰⁵, perteneciente al holding de Banmédica y Vida Tres.

80. Sin embargo, en primer lugar, cabe mencionar que la mayor parte de la demanda de [2] proviene de Fonasa. De hecho, en los últimos 10 años, la participación de las Isapres en las ventas de este centro médico no ha superado nunca el [20], habiendo alcanzado el 2014 sólo un [21]. Respecto a aquellas Isapres que cuentan con centros ambulatorios relacionados, la participación llega a un [22] de las ventas¹⁰⁶. De esta manera, siguiendo el criterio ya discutido para los casos anteriores, la capacidad que tendrían las Isapres que cuentan con prestadores ambulatorios relacionados para excluir a prestadores como [2], en un contexto de baja participación, sería discutible.

81. Por su parte, de acuerdo a información proporcionada por [2], éste cuenta con convenio para la realización de prestaciones ambulatorias con las Isapres Investigadas y Óptima, en todas ellas bajo la modalidad de libre elección. Al respecto, cabe señalar que a julio de 2014, de un total de 943.398 beneficiarios en planes de libre elección, cerca de un 60% correspondía a usuarios de Isapres que no cuentan con centros médicos ambulatorios relacionados¹⁰⁷. Este elemento también restringiría la capacidad exclusoria de las aseguradoras que cuentan con este tipo de centros, ya que existiría un número relevante de beneficiarios vinculados a

¹⁰³ Cruz Blanca posee, de acuerdo al estudio de la Superintendencia de Salud, un control medio sobre Integramédica Centros, representando sus beneficiarios un **44%** de la facturación de dichos centros médicos, sin embargo, en este prestador, Cruz Blanca más que duplica la participación de la isapre más cercana. Superintendencia de Salud, Estudio "Prestadores de Salud, Isapres y Holdings: ¿Relación Estrecha?" de diciembre de 2013, p. 15. Disponible en http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-8826_recurso_1.pdf [fecha última visita: 4 de junio de 2015].

¹⁰⁴ De acuerdo a información de la Superintendencia de Salud, el **86%** de la facturación de Megasalud a nivel nacional, correspondió en el año 2012 a beneficiarios de Isapre Consalud. Superintendencia de Salud, Estudio "Prestadores de Salud, Isapres y Holdings: ¿Relación Estrecha?" de diciembre de 2013, p. 15. Disponible en http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-8826_recurso_1.pdf [fecha última visita: 4 de junio de 2015].

¹⁰⁵ De acuerdo a información de la Superintendencia de Salud, el **88%** de la facturación de Vida Integra nivel nacional, correspondió en el año 2012 a beneficiarios de Isapres Banmédica y Vida Tres. Superintendencia de Salud, Estudio "Prestadores de Salud, Isapres y Holdings: ¿Relación Estrecha?" de diciembre de 2013, p. 17. Disponible en http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-8826_recurso_1.pdf [fecha última visita: 4 de junio de 2015].

¹⁰⁶ Información de acuerdo a datos aportados por el denunciante con fecha 12 de mayo de 2015.

¹⁰⁷ Estimación propia en base a información aportada por la Superintendencia de Salud el 25 de septiembre de 2014 en respuesta al Oficio Ord. N° 1342.

otras Isapres, que de todos modos podrían acudir a dicho prestador libremente.

82. Asimismo, cabe señalar que entre los años 2009 y 2013, la mayor caída en niveles de ventas de [2] corresponde a la Isapre Colmena, la cual no tiene relación con centros ambulatorios, mientras que la mayor alza corresponde a Consalud, relacionada con Megasalud¹⁰⁸. Esto daría cuenta de que los cambios experimentados en la demanda de prestaciones ambulatorias en [2] responderían a factores distintos que los señalados en la Denuncia.
83. De todos modos, de acuerdo a información pública, [2] accede a demanda de prestaciones ambulatorias de beneficiarios de Isapres de distintas maneras, entre las que destacan, su participación en la red de prestadores GES en [23], y en redes de atención de [24] con determinados beneficios¹⁰⁹.
84. En relación a [3], este es [26]. Al respecto, la Denuncia señala que éste habría sufrido graves perjuicios económicos a partir de la puesta en marcha de Bicentenario, pues Consalud habría considerado a esa clínica relacionada como prestador para determinadas prestaciones en el marco de a lo menos cinco patologías GES específicas¹¹⁰, eliminando a [3] de su red para dichas prestaciones, a pesar de la calidad técnica y precios ofrecidos por ésta.
85. A este respecto, y tal como se ha venido argumentando a lo largo de este informe, conviene realizar un análisis de la demanda total que enfrenta [3] con el objetivo de determinar la posibilidad de que Consalud pueda excluir a este prestador a través de esta conducta. Así, en el Cuadro N° 7 se presenta la evolución de la participación de cada aseguradora en la facturación de [3]. En éste es posible observar que si bien Consalud ha presentado una baja en su participación en los ingresos de [3], éstos nunca han superado el [28], por lo que difícilmente esta Isapre podría llevar a cabo

¹⁰⁸ Megasalud, de hecho, registra también un crecimiento en términos de su actividad en prestaciones médicas y dentales para el año 2013, con un crecimiento de un 12,6%, de las cuales un 77,2% corresponden a prestaciones médicas ambulatorias. Memoria Red Salud año 2013, p. 36. Disponible en <http://www.redsalud.cl/wp-content/uploads/2014/07/20140617%20Red%20Salud%20Final%20ALTA.pdf> [fecha última visita: 4 de junio de 2015].

¹⁰⁹ [25].

¹¹⁰ [27].

una estrategia de exclusión que resultase eficaz en contra de este prestador privado de salud.

Cuadro N° 7:

**Participación de Aseguradoras en [3]
(Porcentaje de facturación total)**

[29]

86. A mayor abundamiento, en el Cuadro N° 8 se presentan las cifras de facturación de [3] desglosadas por cada aseguradora, donde es posible notar, en primer lugar, que los ingresos totales de este prestador privado se han mantenido relativamente constantes durante el período bajo análisis. Respecto de Consalud, la facturación ha caído un [30] aproximadamente desde la apertura de la Clínica Bicentenario, pero esta caída ha sido compensada por aumentos en la facturación de otras Isapres como Cruz Blanca que ha visto crecer su participación en la facturación de [3] un [31], lo que nuevamente muestra la capacidad de los prestadores de salud de sustituir pacientes entre las distintas aseguradoras que participan en el mercado.

Cuadro N° 8:

**Facturación total de [3]
(En pesos)**

[32]

87. Sin perjuicio de que, como ya fue señalado, Consalud no tendría la capacidad de excluir a [3], a continuación se analizarán algunos aspectos de la conducta denunciada relacionada a las patologías GES. Al respecto, de acuerdo a información pública recopilada¹¹¹, la estrategia de la determinación de la red de prestadores GES por parte de Consalud podría explicar la disminución de prestaciones vinculadas a dichas patologías en [3]. En concreto, Consalud contaría exclusivamente con prestadores relacionados a ella -Bicentenario y Clínica Tabancura- en su red de

¹¹¹ Información sobre la Red de Prestadores AUGE-GES de las distintas Isapres, proporcionado por la Superintendencia de Salud. Disponible en <http://www.supersalud.gob.cl/servicios/576/w3-article-8333.html> [fecha última visita: 30 de junio de 2015].

- prestadores para solución de cuatro de dichas patologías GES ya definidas, y participando en una quinta en forma conjunta con otro prestador¹¹².
88. Por el contrario, [3] formaría parte de la red de prestadores GES para las cinco patologías seleccionadas para el análisis en otras de las Isapres Investigadas, como Cruz Blanca¹¹³, Colmena¹¹⁴ y Masvida¹¹⁵, compartiendo en la mayoría de ellas, esa calidad con otros prestadores relacionados y no relacionados con las distintas Isapres.
89. Asimismo, de acuerdo a los antecedentes recabados por esta División, si bien el prestador [3] no formaría parte de la red de prestadores GES de otras Isapres, como es el caso Banmédica¹¹⁶ y Vida Tres¹¹⁷ para la atención de ninguna de las cinco patologías GES relevantes para efectos de este análisis, en ninguna de estas dos Isapres se cuenta exclusivamente con prestadores relacionados. Por el contrario, ofrecen prestadores no relacionados a ninguna Isapre y otros vinculados a otras de las Isapres Investigadas.
90. Dado lo anterior, es relevante estudiar la evolución de las prestaciones en [3], para determinar si las conductas descritas tuvieron un verdadero efecto en el prestador. Para esto se observaron dos prestaciones en particular, las que de acuerdo a [3] serían un buen indicador del negocio, siendo las más comunes y guardando una alta relación con los ingresos del prestador. Estas prestaciones son: [33].

¹¹² Información de acuerdo al listado de prestadores de red GES de Consalud en la Región Metropolitana de Santiago. Disponible en <http://www.consalud.cl/orientacion/red-ges.php> [fecha última visita: 30 de junio de 2015].

¹¹³ Información de acuerdo al listado de prestadores de red GES de Cruz Blanca en la Región Metropolitana. Disponible en http://cruzblancaproduccion.altavoz.net/auge_ges/site/artic/20130509/asocfile/20130509183908/red_auge_ges_mayo_2015.pdf [fecha última visita: 30 de junio de 2015].

¹¹⁴ Información disponible en sitio de Isapre Colmena. Disponible en http://www.colmena.cl/?page_id=778 [fecha última visita: 30 de junio de 2015].

¹¹⁵ Información disponible en sitio de Isapre Masvida. Disponible en http://sv.masvida.cl/buscador_ges/index.php [fecha última visita: 30 de junio de 2015].

¹¹⁶ Información de acuerdo a listado de prestadores de red GES de Banmédica en la Región Metropolitana de Santiago. Disponible en <http://www.banmedica.cl/DesktopModules/Auge/GES%20BM%20RM.pdf> [fecha última visita: 30 de junio de 2015].

¹¹⁷ Información de acuerdo a listado de prestadores de red GES de Vida Tres en la Región Metropolitana de Santiago. Disponible en <http://www.vidatres.cl/DesktopModules/Auge/GES%20VT%20RM.pdf> [fecha última visita: 30 de junio de 2015].

Cuadro N° 9:

Número de Prestaciones Realizadas por [3] años 2010-2014

[34]

91. Como se observa en el cuadro, este tipo de prestaciones prácticamente se ha duplicado en los últimos cinco años. Si bien aquellas realizadas a través de Consalud han caído, esto se ha visto más que compensado por el incremento de prestaciones a pacientes beneficiarios de otras Isapres. Destacan los casos de las Isapres Banmédica y Cruz Blanca, tanto por su incremento porcentual como en niveles.
92. El incremento en el número de prestaciones ha tenido como consecuencia un aumento en la facturación de [3] en los últimos años. Esto puede observarse en el Gráfico N° 3.

Gráfico N° 3:

Facturación de [3] por Prestaciones Seleccionadas

[35]

IV. CONCLUSIÓN

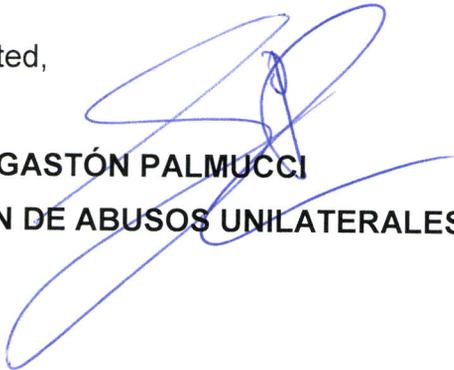
93. De los antecedentes tenidos a la vista por esta División, se ha podido observar que, respecto de [1] resulta difícil sostener compita en la totalidad del mismo mercado que Bicentenario, relacionada a Consalud, sin perjuicio de que en el margen, esto es, en algunas prestaciones específicas y respecto de algunos pacientes, exista competencia entre ambos prestadores.
94. Asimismo, respecto de Masvida, la no inclusión de [1] en su publicidad de convenios y/o en el sistema de I-med si bien 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.
95. Por su parte, la eventual derivación denunciada, implementada por medio de la comercialización de planes que favorezcan los prestadores institucionales relacionados, al menos no se derivaría, en términos

generalizados, de los esquemas de incentivos a los ejecutivos de venta de planes complementarios de salud de las Isapres Investigadas.

96. En relación a la eventual derivación de pacientes beneficiarios de Colmena, se ha podido constatar que, si bien existen planes complementarios de salud con coberturas diferenciadas, que incluso implican coberturas inferiores a la de libre elección para atenciones en determinadas clínicas, no se observa un perjuicio al prestador [1] en particular, pues se le aplicaría de todos modos el 90% de cobertura de libre elección.
97. Respecto de la existencia de supuestos incentivos a los facultativos que trabajan en prestadores de atención abierta relacionados con las Isapres Investigadas, para que deriven demanda desde éstos hacia determinados prestadores de atención cerrada, dicha práctica habría tenido lugar sólo en términos verbales y en forma esporádica, sin que se cuenten con mayores antecedentes al respecto que acrediten que sea una práctica llevada a cabo en la actualidad.
98. En relación a [2], si bien debe enfrentar competencia por parte de centros médicos relacionados a algunas Isapres Investigadas, como Integramédica, Sonorad, Megasalud y Vida Íntegra, no se observa de los antecedentes obtenidos que sus ingresos hayan disminuido en términos tales que afecte su desempeño competitivo.
99. Del mismo modo, si bien se ha observado que efectivamente existen variaciones en la demanda que enfrenta [2] por prestaciones ambulatorias de beneficiarios de las Isapres Investigadas con prestadores institucionales de atención abierta relacionados, esto podría responder, en todo caso, a factores distintos que los señalados en la Denuncia.
100. Por último, de acuerdo al análisis realizado respecto de [3], si bien se observó una disminución de las prestaciones realizadas a beneficiarios de Consalud, lo cierto es que habría aumentado en términos agregados las prestaciones realizadas para el mismo período, sin que se observare que de la modificación de las redes de prestadores GES en este caso concreto, implique una conducta anticompetitiva que buscase derivar beneficiarios de una determinada Isapre hacia sus prestadores relacionados, con el objeto de excluir a un prestador competidor.

101. En relación a lo anterior, es efectivo que la disminución de prestaciones se debería a que Consalud contaría exclusivamente con prestadores relacionados a ella -Bicentenario y Clínica Tabancura- en su red de prestadores para ciertas patologías GES relevantes para [3], sin embargo, esto no sería suficiente por sí solo para excluir del mercado a dicho prestador.
102. En definitiva, y salvo mejor parecer del señor Fiscal Nacional Económico, debido a que las conductas descritas en la Denuncia no implicarían riesgos para la libre competencia en el caso particular, esta División sugiere archivar los antecedentes, ello sin perjuicio de velar por la libre competencia en los mercados.

Saluda atentamente a usted,


GASTÓN PALMUCCI
JEFE DIVISIÓN DE ABUSOS UNILATERALES (S)


AVC