

ANT.: Adquisición de control de Clínica Iquique S.A. por parte de Redinterclínica S.A.
Rol FNE F178-2019.

MAT.: Informe de prohibición de operación de concentración.

Santiago, 09 DIC 2019

A : FISCAL NACIONAL ECONÓMICO

DE : JEFA DE DIVISIÓN DE FUSIONES

De conformidad a lo establecido en el Título IV del Decreto con Fuerza de Ley N°1 de 2004, del Ministerio de Economía, Fomento y Turismo, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N°211 de 1973, y sus modificaciones posteriores (“**DL 211**”), presento a usted el siguiente informe (“**Informe**”), relativo a la eventual adquisición de control de Clínica Iquique S.A., de propiedad de Empresas Red Salud S.A., por parte de Redinterclínica S.A. (junto con Empresas Red Salud S.A., las “**Partes**”).

Conforme se expone, la operación del antecedente implica la concentración de los dos únicos prestadores de salud institucionales privados de atención cerrada ubicados en la ciudad de Iquique. Esta División de Fusiones (“**División**”) evaluó los distintos mercados afectados, realizando un análisis estructural y de cercanía competitiva, detectando riesgos unilaterales de aumento de precio y disminución de calidad. Según se analiza en el presente Informe, los riesgos identificados tienen la envergadura para reducir sustancialmente la competencia y no se ven suficientemente atenuados por ningún contrapeso esgrimido por las Partes, ni por las medidas de mitigación ofrecidas.

Debido a lo anterior, esta División recomienda prohibir la operación notificada, por contar con la aptitud para reducir sustancialmente la competencia, de conformidad al artículo 57 letra c) del DL 211. Los antecedentes jurídicos y económicos que fundamentan esta recomendación son expuestos en el presente Informe.

I.	ANTECEDENTES	3
I.A.	Investigación.....	3
I.B.	Partes de la Operación.....	7
I.C.	Operación	8
II.	INDUSTRIA	9
II.A.	Descripción del sistema de salud en Chile	9
1.	Prestadores de salud	11
2.	Aseguradoras	15
II.B.	Sistema de salud en la Región de Tarapacá	21
II.C.	Caracterización de las clínicas ubicadas en la Región de Tarapacá.....	26
III.	MERCADOS RELEVANTES AFECTADOS.....	30
III.A.	Mercado del producto	31

1. Distinción según si el producto es una prestación o un convenio	33
2. Distinción según características del prestador: privado o público	35
3. Distinción según aseguradora de los usuarios: Isapre o Fonasa	40
4. Distinción por contexto en que se otorga la prestación: atención programada y urgencia ..	41
5. Distinción según tipo de prestación: hospitalaria y ambulatoria	42
6. Conclusión mercado relevante del producto.....	45
III.B. Mercado geográfico	45
1. Mercado geográfico de prestaciones hospitalarias programadas para beneficiarios de Isapre	48
2. Mercado geográfico de prestaciones hospitalarias programadas para beneficiarios de Fonasa.....	54
3. Mercado geográfico de prestaciones ambulatorias y mercado de urgencia	55
4. Mercados geográfico de convenios	56
III.C. Actores que participan en cada mercado relevante	56
IV. ANÁLISIS DE RIESGOS PARA LA COMPETENCIA	57
IV.A. Riesgos en atención hospitalaria programada	72
1. Riesgos respecto de los usuarios de aseguradoras privadas	72
2. Riesgos respecto de beneficiarios de Fonasa	79
IV.B. Riesgo para el sistema de salud público.....	85
IV.C. Riesgos adicionales	87
1. Riesgo respecto a prestaciones ambulatorias	87
2. Riesgo respecto a prestaciones de urgencia	91
3. Riesgo respecto de otras instituciones sujetas a convenios especiales.....	92
IV. D. Proyecciones internas de Red Interclínica respaldan la existencia de riesgos	94
IV. E. Reparos de diversos actores de la industria respecto a la Operación.....	96
V. CONTRAPESOS.....	98
V.A. Poder de negociación de los clientes	98
V.B. Presión competitiva de prestadores ubicados en otras regiones.....	100
V.C. Presión competitiva de la Red de Salud Pública de la ciudad de Iquique en servicios hospitalarios	102
V.D. Contrafactual	103
VI. CONDICIONES DE ENTRADA.....	105
VII. EFICIENCIAS	111
VI.A. Consideraciones previas	112
VI.B. Análisis de las eficiencias presentadas.....	114
VI.C. Conclusiones al análisis del Informe de Eficiencias	128
VIII. MEDIDAS DE MITIGACIÓN.....	129
VII.A. Consideraciones previas	131
VII.B. Análisis de las Medidas	136
VI.C. Conclusiones al análisis de las Medidas.....	147
IX. CONCLUSIONES.....	149

I. ANTECEDENTES

I.A. Investigación

1. Con fecha 1° de febrero de 2019, mediante documento de ingreso correlativo N°00436-19, las Partes presentaron ante esta Fiscalía Nacional Económica (“**FNE**” o la “**Fiscalía**”) el documento denominado “Notificación Operación de Concentración Red Interclínica S.A. y Empresas Red Salud S.A.” (“**Notificación**”)¹ relativo a la eventual adquisición de Clínica Iquique S.A. por parte de Redinterclínica S.A. (“**Operación**”). Posteriormente, con fecha 1° de marzo de 2019, mediante presentación de ingreso correlativo N°01069-19, las Partes subsanaron los errores y omisiones de la Notificación².
2. De conformidad a lo señalado en el artículo 50 inciso tercero del DL 211, con fecha 15 de marzo de 2019, esta Fiscalía instruyó el inicio de la investigación de la Operación bajo el rol FNE F178-2019 (“**Investigación**”, y en cuanto al expediente de Investigación, “**Expediente F178**”).
3. Durante la primera fase de la Investigación (“**Fase I**”), esta Fiscalía realizó gestiones dirigidas a diversos actores del mercado de la salud, entre los que se encuentran aseguradores³, prestadores de salud institucionales⁴, autoridades sectoriales⁵ y las Partes⁶.
4. Con fecha 18 de abril de 2019, en el marco de Fase I, esta División comunicó presencialmente a las Partes los riesgos que la Operación podía producir para la libre competencia⁷, en consideración de los antecedentes de la Investigación⁸. En relación con lo allí planteado, con fecha 26 y 30 de abril de 2019, las Partes acompañaron información adicional al Expediente F178⁹.
5. Con fecha 29 de abril de 2019, la Fiscalía dictó la resolución que extiende la Investigación hasta por un plazo máximo de 90 días adicionales, por considerar que la Operación podía reducir sustancialmente la competencia, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 54 letra c) del DL 211, dando inicio a la segunda fase de Investigación (a dicha extensión de la Investigación, en adelante, “**Fase II**”).

¹ A fojas 13 del Expediente F178, según será definido más adelante.

² En atención a la resolución de falta de completitud de la Notificación, emitida por esta Fiscalía con fecha 15 de febrero de 2019.

³ Solicitudes de información y declaraciones de Isapres (a fojas 259 y siguientes del Expediente F178) y Fonasa (a fojas 285 del Expediente F178).

⁴ Conforme consta en el Expediente F178, se solicitó información a diversos actores nacionales en la prestación institucional de servicios de salud, a fojas 247, 250 y 256.

⁵ Solicitud de información y declaración del Servicio de Salud de Iquique (a fojas 253 del Expediente F178), y declaraciones la Intendencia de Fondos y Seguros de Salud (a fojas 305 del Expediente F178) y del Comando de Salud del Ejército de Chile (a fojas 396 del Expediente F178).

⁶ Según consta a fojas 278, 282, 514 y 565 del Expediente F178.

⁷ Según consta a fojas 529 del Expediente F178.

⁸ Conforme a lo establecido en el artículo 53 inciso primero del DL 211.

⁹ En documentos denominados “se tenga presente”, acompañados respectivamente por Red Interclínica a fojas 568 y 579 del Expediente F178 (“**Téngase Presente Red Interclínica I**”) y por Red Salud a fojas 586 del Expediente F178 (“**Téngase Presente Red Salud**”).

6. De conformidad a lo señalado en el artículo 55 del DL 211, esta División publicó la señalada resolución en el sitio web institucional de la FNE¹⁰; comunicó el hecho de su extensión a las autoridades concernidas y a los agentes económicos que pudieran tener interés en la Operación¹¹; y, adicionalmente, dispuso de una versión pública del Expediente F178.
7. Durante Fase II, esta Fiscalía realizó diversas gestiones de investigación entre las que se encuentran la realización de una encuesta encargada a la empresa Activa Research (“**Encuesta Activa Research**” o la “**Encuesta**”)¹², un cuestionario dirigido a médicos de la ciudad de Iquique (“**Cuestionario**”)¹³, la visita a terreno de funcionarios de la FNE¹⁴ y diversas diligencias dirigidas a actores del mercado de la salud, como el Hospital Regional de Iquique Doctor Ernesto Torres Galdames (“**Hospital de Iquique**”)¹⁵, prestadores de salud¹⁶, aseguradores¹⁷, autoridades sectoriales¹⁸ y las Partes¹⁹.
8. Con fecha 9 de julio de 2019, al día 49 de Fase II, esta División solicitó a Red Interclínica una descripción detallada de las posibles eficiencias derivadas de la Operación, así como los elementos que permitieran corroborar su verificabilidad, inherencia y aptitud para compensar los potenciales riesgos a la competencia²⁰⁻²¹.
9. Con fecha 1° de agosto de 2019, en respuesta a dicha solicitud, Red Interclínica presentó el documento “Informe sobre las Eficiencias de la Operación de Concentración entre Clínica Iquique y Clínica Tarapacá”, elaborado por el economista Francisco Caravia Rabi (“**Informe de Eficiencias**”)²².

¹⁰ FNE. Resolución que extiende la investigación F178-2019, disponible en: <https://www.fne.gob.cl/wp-content/uploads/2019/05/extplazo_F178-2019.pdf> [última visita: 02.12.2019].

¹¹ Según consta en oficio que comunica paso a Fase II, que rola a fojas 592 del Expediente F178.

¹² Los resultados de la Encuesta constan a fojas 1066 del Expediente F178, adjuntos a presentación que consta a fojas 1043 del Expediente F178.

¹³ Cuestionario a proveedores individuales de la Región de Tarapacá (médicos), a fojas 1003 del Expediente F178.

¹⁴ Los funcionarios de la División realizaron dos visitas a terreno: (i) a Clínica Iquique, Clínica Tarapacá y el Hospital de Iquique, en la ciudad de Iquique, según consta en soporte digital, que rola a fojas 611 del Expediente F178; y (ii) a Clínica Cordillera, en la comuna de Las Condes, según consta a fojas 1609 y siguientes del mismo expediente de investigación.

¹⁵ Según consta a fojas 622, 728, 729, 857, 1321 y 1568 del Expediente F178.

¹⁶ Se registran solicitudes de información a prestadores individuales (médicos) a fojas 664, 775 y 1029; y solicitudes a prestadores institucionales a fojas 966, 1001, 1019, 1023 y 1355.

¹⁷ Según consta se realizaron solicitudes a Fonasa, a fojas 747 y 797 del Expediente F178; y a las Isapres, a fojas 751 y siguientes, y 997 del Expediente F178.

¹⁸ Según consta a fojas 1555 y 1617 del Expediente F178.

¹⁹ Según consta en el Expediente F178 a fojas: 591, 593, 595, 647, 649, 666, 668, 676, 679, 705, 712, 744, 789, 792, 794, 818, 820, 911, 915, 1074, 1312, 1323, 1347, 1349, 1377, 1379, 1431, 1565, 1606, 1611 y 1667.

²⁰ Lo anterior en consideración a que no se acompañaron eficiencias en la Notificación en el sentido que señala el artículo 2 N°9 del Decreto Supremo N°33 del Ministerio de Economía, Fomento y Turismo, publicado con fecha 1 de junio de 2017, que Aprueba el Reglamento sobre Notificación de una Operación de Concentración (“**Reglamento**”) en caso que se pretenda que las mismas sean consideradas por la FNE en su análisis, ni tampoco durante el curso del procedimiento hasta esa fecha (día 49 de Fase II) .

²¹ Oficio Ord. N°1479, a fojas 911 del Expediente F178.

²² Que consta en presentación de Red Interclínica a fojas 1012 del Expediente F178.

10. Con fecha 14 de agosto de 2019, esta División comunicó a las Partes los riesgos que la Operación podía producir para la libre competencia²³, en consideración de los antecedentes de la Investigación, conforme a lo establecido en el artículo 53 inciso primero del DL 211, mediante una reunión (“**Reunión de Riesgos**”) y el envío de un informe con su análisis sustantivo (“**Informe de Riesgos**”) ²⁴.
11. Con fecha 22 de agosto de 2019, en virtud del artículo 60 inciso segundo del DL 211, mediante escrito acompañado de correlativo de ingreso N°03929-19, la Fiscalía y las Partes acordaron suspender el plazo de la Investigación por el término de veinte días hasta el 24 de septiembre de 2019, inclusive²⁵.
12. Con fecha 23 de septiembre de 2019, durante la suspensión, esta División formuló observaciones al Informe de Eficiencias acompañado por Red Interclínica, según consta a fojas 1435 del Expediente F178 (“**Minuta de Eficiencias FNE**”) ²⁶.
13. Con fecha 27 de septiembre de 2019, el día 82 de Fase II, Red Interclínica ofreció medidas de mitigación en conformidad con el artículo 53 del DL 211, según consta a fojas 1465 del Expediente F178 (“**Primer Paquete de Medidas**”). Al día hábil siguiente, el 30 de septiembre de 2019, la Fiscalía dispuso la suspensión del plazo de investigación por un periodo de 15 días hábiles, en virtud del artículo 60 inciso final del DL 211²⁷.
14. Con fecha 17 de octubre de 2019, esta División realizó una presentación a los apoderados de Red Interclínica donde se expusieron las observaciones al Primer Paquete de Medidas, comunicando su insuficiencia, según consta a fojas 1490 del Expediente F178. Posteriormente, con fecha 23 de octubre de 2019, la Compradora acompañó una modificación al Primer Paquete de Medidas²⁸.
15. Con fecha 30 de octubre de 2019, esta División realizó comentarios a la modificación del Primer Paquete de Medidas, que fueron remitidos a los apoderados de la Compradora²⁹.

²³ Según consta a fojas 1132 y siguientes del Expediente F178. El Informe de Riesgos no incluyó un análisis sobre las eficiencias de la Operación, en atención a que las bases de datos en virtud de las cuales se elaboró el Informe de Eficiencias, no habían sido acompañadas a la fecha en que los riesgos fueron comunicados. Habiéndose acompañado dichos antecedentes con fecha 23 de septiembre, esta División envió un documento complementario a Red Interclínica, en que consta el análisis de las eficiencias presentadas. Este análisis forma parte de la Sección VII que se expone *infra*.

²⁴ El informe y/o reunión de riesgos consiste en una comunicación en la cual se informa a las partes de la operación de concentración de los riesgos que puede producir dicha operación conforme los antecedentes de la investigación, en atención al inciso primero del artículo 53 del DL 211. En dicho sentido, tal comunicación toma en consideración la información del expediente a la fecha en que ella se realiza y en ningún caso pretende prejuzgar la operación de concentración notificada. Por el contrario, una vez comunicados riesgos, las partes de la operación tienen la oportunidad para rebatir las conclusiones ahí señaladas y presentar medidas de mitigación para que dichos riesgos no puedan materializarse, en virtud de los derechos reconocidos en el artículo 53 incisos segundo y tercero del DL 211.

²⁵ Según consta a fojas 1327 del Expediente F178.

²⁶ Según consta a fojas 1434 del Expediente F178.

²⁷ Dicha resolución suspendió el plazo de la Investigación hasta el día 18 de octubre de 2019 (inclusive), según consta a fojas 1484 del Expediente F178.

²⁸ Que rola a fojas 1507 del Expediente F178. Con la misma fecha, esta División resolvió suspender el plazo de investigación por un periodo de 7 días hábiles, hasta el día 5 de noviembre de 2019, en virtud del artículo 60 inciso final del DL 211. Lo anterior consta a fojas 1512 del Expediente F178.

²⁹ Que constan en una minuta rolante a fojas 1517 del Expediente F178.

16. Con fecha 6 de noviembre de 2019, en el día 86 del plazo de Fase II, Red Interclínica ofreció un segundo paquete de medidas de mitigación, conforme a lo dispuesto en el artículo 53 del DL 211, según consta a fojas 1523 del Expediente F178 (“**Segundo Paquete de Medidas**”). Con fecha 7 de noviembre de 2019, esta División resolvió suspender el plazo de investigación por un periodo de 15 días hábiles, con objeto de evaluar la aptitud de las medidas acompañadas para mitigar los riesgos comunicados³⁰.
17. Durante el periodo de suspensión, Red Interclínica acompañó documento denominado “se tenga presente” aportado con fecha 12 de noviembre de 2019, proponiendo a esta División efectuar ciertas diligencias de investigación (“**Téngase Presente Red Interclínica II**”)³¹.
18. Según consta en cadena de correos electrónicos de fecha 12 de noviembre de 2019, a fojas 1602 y siguientes del Expediente F178, la División acogió parcialmente la señalada solicitud, que se tradujo en las gestiones de investigación que rolan a fojas 1609 y siguientes del mismo expediente. En razón de lo anterior, Red Interclínica interpuso un recurso de reposición, el cual fue rechazado³².
19. Dentro del mismo periodo de suspensión, con fecha 14 de noviembre de 2019, Red Interclínica acompañó documento denominado “se tenga presente”, a fojas 1607 del Expediente F178 (“**Téngase Presente Red Interclínica III**”), acompañando información respecto a la futura Unidad de Pensionado del Hospital de Iquique.
20. Luego, con fecha 27 de noviembre de 2019, los funcionarios de la División se reunieron con los apoderados de las Partes, con objeto de informar el análisis del Segundo Paquete de Medidas acompañadas por Red Interclínica, conforme rola a fojas 1623 del Expediente F178. Adicionalmente, con la misma fecha, la División envió una minuta a las Partes que contenía los comentarios a las medidas expuestas en la reunión, concluyendo que las mismas resultaban insuficientes para mitigar los riesgos de la Operación³³.
21. Con fecha 28 de noviembre de 2019, el día 87 del plazo de Fase II, Red Interclínica presentó modificaciones al Segundo Paquete de Medidas, rectificado mediante documento ingresado con la misma fecha³⁴, que corresponden a las últimas medidas de mitigación presentadas durante la Investigación (ambas presentaciones, considerando las rectificaciones presentadas, las “**Medidas**”). Con misma fecha, esta División resolvió suspender el plazo de investigación por un periodo de 5 días hábiles, hasta el 5 de diciembre de 2019, inclusive³⁵.

³⁰ Dicha resolución suspendió el plazo de la Investigación hasta el día 27 de noviembre de 2019 (inclusive), y consta a fojas 1563 del Expediente F178.

³¹ A fojas 1576 del Expediente F178.

³² Dado que se accedió sólo parcialmente a la solicitud de diligencias del Téngase Presente Red Interclínica II, con fecha 20 de noviembre de 2019 Red Interclínica presentó un recurso de reposición solicitando acceder a los restantes requerimientos, complementado por documento enviado mediante correo electrónico con fecha 26 de noviembre de 2019. Tal recurso fue rechazado por el Fiscal Nacional Económico, por ser la diligencia innecesaria, con fecha 4 de diciembre de 2019, según consta a fojas 1703 del Expediente F178.

³³ Según consta a fojas 1625 del Expediente F178.

³⁴ Según consta a fojas 1637 y 1657 respectivamente del Expediente F178.

³⁵ Según resolución de suspensión que consta a fojas 1659 del Expediente F178.

22. Durante el mismo día, Red Interclínica presentó un escrito solicitando dar cumplimiento al artículo 53 del DL 211, en lo relativo a la comunicación de los riesgos que la Operación produciría en la libre competencia (**“Téngase Presente Red Interclínica IV”**)³⁶.
23. Con fecha 4 de diciembre de 2019, durante el periodo de suspensión, Red Interclínica acompañó una solicitud de información del curso de la Investigación en lo referido a condiciones de entrada y economías de escala, que rola a fojas 1662 del Expediente F178 (**“Téngase Presente Red Interclínica V”**)³⁷.
24. Con misma fecha, la División envió un correo electrónico a la Compradora que contenía una minuta que formulaba observaciones a las Medidas, comunicándoles la insuficiencia de las mismas, según consta a fojas 1693 del Expediente F178.
25. Con la misma fecha, y durante la suspensión del plazo producto de la presentación de las Medidas, Red Interclínica acompañó un documento solicitando “se tenga presente” diversas observaciones respecto a las eficiencias dinámicas (**“Téngase Presente Red Interclínica VI”**)³⁸.
26. Con fecha 6 de diciembre de 2019, correlativo de ingreso N°05484-19, el día 88 de Fase II, Red Interclínica ingresó un escrito acompañando los siguientes antecedentes: (i) “Informe sobre el Sistema de Acreditación Institucional de la Calidad para Prestadores de Salud y sus implicancias para la Competencia”, de Manuel Inostroza (**“Informe Manuel Inostroza”**); y (ii) “Informe Final: Impacto del Sistema de Acreditación de Prestadores de Salud en Chile 2016-2017”, elaborado por Liliana Jadue y otros (**“Informe UDD”**)³⁹.
27. Con objeto de determinar si la Operación contaría o no la aptitud para reducir sustancialmente la competencia, esta División ponderó y evaluó los antecedentes antes expuestos que constan en el Expediente F178, los que sirven de base y fundamento para el presente Informe.
28. .

I.B. Partes de la Operación

29. Empresas Red Salud S.A. (**“Red Salud”** o la **“Vendedora”**) es una sociedad anónima que se encuentra activa en la industria de la salud a través de diversos

³⁶ Según consta a fojas 1676 del Expediente F178. Dicho téngase presente fue resuelto con fecha 4 de diciembre de 2019 por el Fiscal Nacional Económico, señalando no ha lugar a la solicitud por improcedente, al haberse cumplido lo señalado en el artículo 53 del DL 211, según consta a fojas 1697 y siguientes del Expediente F178.

³⁷ Tal solicitud fue atendida y la División de Fusiones comunicó mediante correo electrónico con fecha 5 de diciembre de 2019, el estado de la Investigación, en específico en lo referente a barreras de entrada, según consta a fojas 1710 del Expediente F178.

³⁸ Según consta a fojas 1713 del Expediente F178.

³⁹ Según consta a fojas 1728 del Expediente F178.

prestadores institucionales privados, tanto de atención cerrada como abierta⁴⁰. Pertenece en un 99,99% al *holding* Inversiones La Construcción S.A. y forma parte del mismo grupo empresarial que Isapre Consalud S.A.⁴¹. El principal accionista de Inversiones La Construcción S.A. es la Cámara Chilena de la Construcción⁴². En la comuna de Iquique, Red Salud presta servicios a través de Clínica Iquique S.A. y del Centro Médico y Dental Red Salud Eleuterio Ramírez (“**Centro Médico Red Salud**”), en el que se ofrecen consultas médicas y otros servicios ambulatorios.

30. Por su parte, Redinterclínica S.A. (“**Red Interclínica**” o la “**Compradora**”) es una sociedad anónima que controla prestadores de salud institucionales privados de atención cerrada a lo largo de Chile, y es filial de la sociedad Interclínica S.A. En la comuna de Iquique, Red Interclínica controla Clínica Tarapacá S.A. y Serviclínica Iquique S.A.⁴³ (en conjunto, “**Clínica Tarapacá**”).
31. La entidad objeto de la Operación es Clínica Iquique S.A. (“**Clínica Iquique**” o la “**Entidad Objeto**”, y en conjunto con Clínica Tarapacá, las “**Clínicas**”), prestador de salud institucional privado de atención cerrada, localizado en la comuna de Iquique. Clínica Iquique es de propiedad de Red Salud, titular del 92,19% de su capital social, y de Empresas Banmédica S.A., titular del 7,81% restante. Conforme a los antecedentes de la Investigación, Red Salud sería el controlador individual de Clínica Iquique.

I.C. Operación

32. La Operación consiste en la adquisición de las acciones de Red Salud en Clínica Iquique por parte de Red Interclínica, que le permitirían influir decisivamente en la administración de la Entidad Objeto, en los términos que contempla el artículo 47 letra b) del DL 211.
33. De acuerdo al contrato de promesa de compraventa, suscrito entre las Partes con fecha 25 de junio de 2018, Red Interclínica adquirirá la totalidad de acciones de Red Salud en Clínica Iquique⁴⁴. Las Partes acordaron que el precio de dicha compraventa ascendería a [1]⁴⁵.
34. Conforme a la información aportada por las Partes, formarían parte de la Operación todos los servicios hospitalarios, ambulatorios y de urgencia ofrecidos por Clínica

⁴⁰ Según se expone en la Sección II, los prestadores de atención cerrada son aquellos habilitados para la internación de pacientes con ocupación de una cama, mientras que los prestadores de atención abierta solo otorgan atenciones ambulatorias.

⁴¹ Inversiones La Construcción S.A. es titular del 99,99% de las acciones de Isapre Consalud S.A. Memoria Anual 2018 ILC. disponible en http://s21.q4cdn.com/417792851/files/doc_financials/2018/Memoria/Memoria-ILC-2018.pdf [última visita: 02.12.2019].

⁴² Titular de un 67% de su capital social.

⁴³ Ambas sociedades constituyen el prestador de salud conocido como Clínica Tarapacá, y no implican recintos diferenciados.

⁴⁴ Que corresponde a 22.874.760 acciones. Empresas Banmédica S.A. no venderá sus acciones en Clínica Iquique, por lo que seguirá siendo titular del 7,81% de su capital social.

⁴⁵ Para los efectos del presente Informe, la numeración presentada entre corchetes (“[.]”) se refiere a información de carácter confidencial de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 39 letra a) del DL 211. Dicha información se presenta en el Anexo I. Información Confidencial del presente Informe.

Iquique⁴⁶. Los servicios ambulatorios ofrecidos por el Centro Médico Red Salud no son objeto de la Operación⁴⁷.

35. En cuanto a las razones que motivan la Operación, Red Interclínica indica que busca ampliar su escala de operaciones en la comuna de Iquique, con el fin de aprovechar economías de escala y de ámbito que le permitan reducir costos operacionales⁴⁸. Red Salud, por su parte, indica que la venta de Clínica Iquique se motivaría por los bajos resultados operacionales [2], atendidas las características socio económicas de la zona y el perfil de usuarios al que se destinan los servicios⁴⁹.
36. Según lo señalado por Red Interclínica, de materializarse la Operación se proyectaría reestructurar y complejizar la oferta de servicios de salud por parte de los prestadores institucionales privados en la ciudad de Iquique, de modo que Clínica Iquique centraría su atención en la provisión de ciertas especialidades ([3])⁵⁰. Asimismo, se proyecta la implementación de tres nuevas unidades de cuidado crítico, consistentes en una unidad de tratamientos intermedios neonatales (“**UTI neonatal**”), una unidad de tratamientos intermedios adulto completo (“**UTI adulto**”), una unidad de [2*], como asimismo, potenciar el área de neurocirugía⁵¹.

II. INDUSTRIA

II.A. Descripción del sistema de salud en Chile

37. La prestación de servicios de salud en Chile se encuentra regulada en diversos cuerpos normativos, siendo el más relevante de ellos el Decreto con Fuerza de Ley N° 1 de 2006 del Ministerio de Salud (“**DFL N°1**”)⁵². A grandes rasgos, dicha norma regula: (i) los organismos públicos de salud, a quienes les compete la provisión de servicios y la supervisión del funcionamiento del sistema de salud; (ii) el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud; y (iii) el sistema privado de salud y las aseguradoras.
38. Dentro de los organismos que intervienen en el sistema de salud, el DFL N°1 señala que al Ministerio de Salud le corresponde la fijación y ejercicio de las políticas públicas en salud, y que a través de las Secretarías Regionales Ministeriales

⁴⁶ Conforme se expone en la Sección III, Clínica Iquique ofrece servicios hospitalarios, ambulatorios (relativos a exámenes de imagenología y de laboratorio) y de urgencia.

⁴⁷ Notificación, pág. 13.

⁴⁸ Notificación pág. 8, y declaración de Ernesto del Solar Benavente, Gerente General de Red Interclínica, a fojas 716 del Expediente F178 (“**Declaración Red Interclínica**”).

⁴⁹ Notificación pág. 9; declaración de Fernando Sánchez Peralta, Gerente General de Clínica Iquique, y Mario Cortés-Monroy, Director de Clínicas Regionales de Red Salud, a fojas 666 del Expediente F178 (“**Declaración Clínica Iquique**”); y Téngase Presente Red Salud [4].

⁵⁰ Notificación, documento “2018.4 COMPRA DE ACCIONES CLINICA IQUIQUE A REDSALUD”, a fojas 197 del Expediente F178.

⁵¹ Si bien en la Notificación se indicó que la Operación permitiría la implementación de dichas unidades, Red Interclínica ofreció como medida de mitigación un plan de complejización que compromete inversiones en las unidades y áreas señaladas –[4*]– e incluye inversiones en una unidad de hemodinamia, angiografía y cateterismo. Véase la Sección VIII del presente Informe.

⁵² 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.

(“Seremi”) otorga las autorizaciones sanitarias respectivas para el funcionamiento de los prestadores de salud institucionales. Por su parte, el DFL N°1 también reconoce la figura de los Servicios de Salud, organismos estatales descentralizados a cargo de la gestión y desarrollo de la red asistencial que sea de su competencia según un criterio geográfico⁵³. Además, existen hospitales que, por su mayor complejidad técnica y número de prestaciones, cuentan con autonomía financiera y de gestión respecto de los Servicios de Salud, denominados Establecimientos de Autogestión en Red.

39. Las funciones de fiscalización corresponden a la Superintendencia de Salud, que vigila y controla la actuación de prestadores y aseguradores en materia de salud⁵⁴. Dicha institución realiza sus funciones a través de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud⁵⁵ y de la Intendencia de Prestadores de Salud⁵⁶.
40. En el ámbito de las prestaciones de salud, hay tres actores involucrados que interactúan entre sí: prestadores, aseguradoras y usuarios. Dicha interacción determina los aranceles o precios y la calidad de las prestaciones de salud a los que puede acceder cada usuario⁵⁷⁻⁵⁸. Por su parte, la injerencia de los usuarios en la elección del prestador depende de diversos factores, entre ellos, del asegurador del que sean beneficiarios⁵⁹, del tipo de plan complementario que hayan contratado, de la modalidad de atención, del contexto en que se otorgue la prestación (atención programada o urgencia), del tipo de prestación que se trate (hospitalaria o

⁵³ Según dispone el artículo 1° del Decreto N°140 del año 2006 Ministerio de Salud, que establece el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, dichas entidades son organismos estatales funcionalmente descentralizados y están dotados de personalidad jurídica y patrimonio propio. Les corresponde la articulación, gestión y desarrollo de la red asistencial correspondiente, para la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud, como también la rehabilitación y cuidados paliativos de las personas enfermas.

⁵⁴ Superintendencia de Salud. Atribuciones de la Institución, sitio web institucional, disponible en: <<http://www.supersalud.gob.cl/portal/w3-propertyvalue-6117.html>> [última visita: 02.12.2019].

⁵⁵ A la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud corresponde la resolución de controversias entre los afiliados o beneficiarios con las Isapres y/o Fonasa; la regulación de las Isapres; y la fiscalización de estas y de Fonasa. Asimismo, le corresponde controlar y fiscalizar el debido cumplimiento de los derechos y el correcto otorgamiento de los beneficios y prestaciones que establece la normativa atingente.

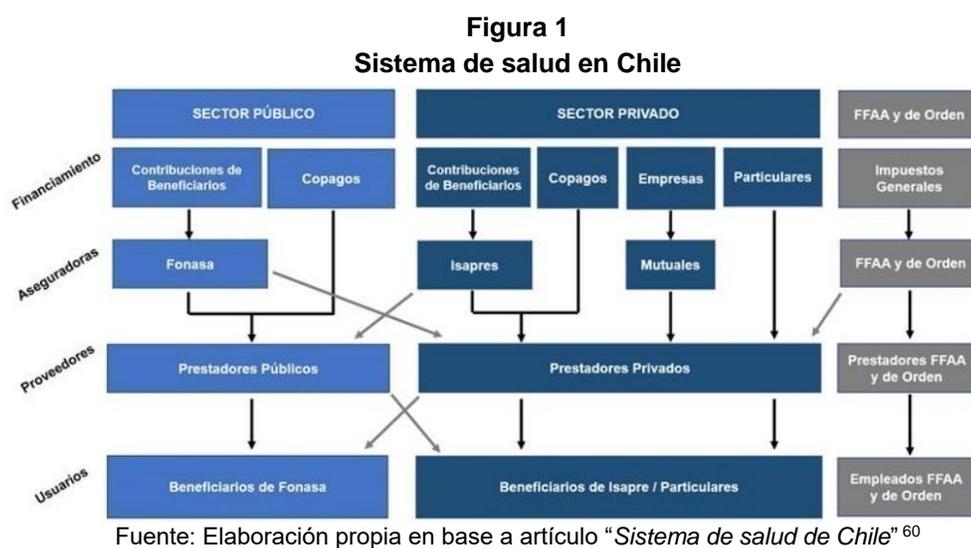
⁵⁶ La Intendencia de Prestadores de Salud, entre otras funciones, administra el Sistema Nacional de Acreditación, fiscaliza los procesos de acreditación, autoriza a las Entidades Acreditadoras, y mantiene Registros Nacionales de Prestadores Institucionales y Prestadores Individuales de Salud.

⁵⁷ En la industria se utiliza el concepto arancel para referirse al precio de las prestaciones de salud. A lo largo del Informe, se utilizarán los conceptos precio y arancel indistintamente.

⁵⁸ Por regla general los proveedores de salud compiten en dos fases sucesivas e interrelacionadas. En una primera fase se compete por ganar la cobertura del asegurador o proveedor de algún seguro o convenio, conforme a un modelo de negociación cuya principal variable es el precio. En una segunda etapa, los prestadores compiten para atraer pacientes, lo que depende en gran parte de la calidad de atención ofrecida. Por lo tanto, los proveedores de salud compiten tanto en precio como en calidad. Véase OECD (2018) Non-price Effects of Mergers - Note by the United States, pág. 5. Si bien, como se explicará *infra*, el nivel de importancia de la variable calidad en la decisión del consumidor final dependerá, en parte, de la cobertura del asegurador, el nivel de copago, el convenio u otros, siempre que dicho consumidor tenga injerencia en la decisión, la calidad será una variable relevante.

⁵⁹ En virtud de lo señalado en el artículo 135 del DFL N°1, los afiliados corresponden a los trabajadores dependientes, trabajadores independientes que coticen, quienes imponen voluntariamente y quienes gocen de pensión previsional. Por su parte, los beneficiarios corresponden a los afiliados y sus cargas legales, entre otros (artículo 136 DFL N°1). Es decir, el afiliado es quien aporta económicamente al financiamiento del seguro, y el beneficiario es quien puede acceder a los beneficios del seguro, sea que aporte económicamente o no. Si bien las definiciones citadas se refieren a afiliados y beneficiarios del Fondo Nacional de Salud o Fonasa, el Libro III del DFL N°1 que regula las Instituciones de Salud Previsional o Isapres también utiliza dichos conceptos. En este último contexto, también se utiliza el concepto de “cotizante” como equivalente a “afiliado”.

ambulatoria), y del consejo del médico tratante. La figura 1 siguiente grafica la interacción entre los distintos actores en materia de salud en Chile:



1. Prestadores de salud

a) Introducción

41. Los prestadores de salud corresponden a aquellas personas o entidades habilitados para otorgar prestaciones de salud⁶¹. Dichos prestadores pueden pertenecer al sistema público o al sistema privado de salud.
42. El sistema público está compuesto por los prestadores pertenecientes a la red de Servicios de Salud y a los distintos establecimientos de salud pública ("**Red de Salud Pública**")⁶². Los prestadores de la Red de Salud Pública corresponden únicamente a prestadores institucionales (establecimientos de salud)⁶³. Por su parte, el sistema privado de salud cuenta tanto con prestadores institucionales como individuales (médicos)⁶⁴.

⁶⁰ Esquema realizado en base al artículo de Becerril-Montekio, V. y otros, "Sistema de salud de Chile". Revista de Salud Pública de México, vol. 53, no. 2, 2011.

⁶¹ Con respecto a los prestadores institucionales, dicha habilitación corresponde a la autorización sanitaria. Si bien por regla general las consultas médicas no requieren autorización sanitaria (artículo único, punto 1.2.2. del Decreto N°58 de 2008 del Ministerio de Salud, que Aprueba Normas Técnicas Básicas para la Obtención de Autorización Sanitaria de los Establecimientos Asistenciales) la Superintendencia de Salud publica un Registro de Prestadores Individuales de Salud, el cual contiene el listado de quienes han sido legalmente habilitados para ejercer su profesión en el país, a fin de otorgar dicha seguridad sanitaria a la población, disponible en: <<http://www.supersalud.gob.cl/servicios/669/w3-article-5587.html>> [última visita: 02.12.2019].

⁶² Recopilación de las Investigaciones de la Fiscalía Nacional Económica: Una Mirada de Libre Competencia a Ciertos Aspectos de la Industria de la Salud, febrero 2016 ("**Informe Salud FNE**"), pág. 13, disponible en: <<https://www.fne.gob.cl/wp-content/uploads/2016/02/Informe-de-Salud.pdf>> [última visita: 02.12.2019].

⁶³ Prestadores institucionales son aquellos 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. Artículo 3 inciso segundo de la Ley N° 20.584 que Regula los Derechos y Deberes que Tienen las Personas en Relación con Acciones Vinculadas a su Atención en Salud ("**Ley 20.584**").

⁶⁴ Prestadores individuales son las personas naturales que, de manera independiente, dependiente de un prestador institucional o por medio de un convenio con éste, otorgan directamente prestaciones de salud a

43. A su vez, los prestadores institucionales de salud, tanto públicos como privados, pueden distinguirse entre prestadores de atención abierta y de atención cerrada. Son *prestadores institucionales de atención cerrada* aquellos establecimientos que están habilitados para la internación de pacientes con ocupación de una cama. Por su parte, son *prestadores institucionales de atención abierta* aquellos centros asistenciales que sólo otorgan atención de tipo ambulatorio, sin pernoctación de pacientes⁶⁵.
44. Es relevante señalar que, para los efectos del Informe, se entenderá como prestación hospitalaria toda aquella que, en atención a las características específicas de la atención de salud, requiera de la utilización de una cama⁶⁶. Por otro lado, la atención ambulatoria se realiza en general en un box de atención o sala de procedimiento, sin que sea necesario para el paciente permanecer en un centro hospitalario, esto es, utilizar una cama del establecimiento. En general, las prestaciones ambulatorias se otorgan tanto en prestadores de atención abierta como cerrada, mientras que las prestaciones hospitalarias, solo en prestadores de atención cerrada, aun cuando el paciente no pernocte.
45. Las prestaciones hospitalarias y ambulatorias pueden prestarse en dos contextos. El primero corresponde a aquel donde el beneficiario elige atenderse, al cual se denominará *atención programada*. Un segundo contexto corresponde a servicios de urgencias. Como se expondrá, las prestaciones de *urgencia* tienen características particulares que explican que en el Informe se analicen de manera separada a la atención programada.
46. El Decreto N°37 del año 2009 del Ministerio de Salud, define el concepto de atención médica de emergencia o urgencia como toda prestación o conjunto de prestaciones que sean otorgadas, en atención cerrada o ambulatoria⁶⁷, a una persona que se encuentra en una condición de salud o cuadro clínico que involucre estado de riesgo vital o riesgo de secuela funcional grave y, por ende, requiere atención médica

las personas o colaboran directa o indirectamente en la ejecución de éstas. Artículo 3 inciso tercero de la Ley 20.584.

⁶⁵ Informe Salud FNE, pág. 13.

⁶⁶ Las Partes consideran que la hospitalización implica el uso de camas de la clínica (el hecho de usar una cama, en contraposición al solo uso de un box de atención), con independencia de si hubo pernoctación o no, según consta a fojas 701 del Expediente F178. Lo anterior tendría fundamento en el hecho de que el uso de la cama gatillaría el cobro de la misma. En la misma línea, según las Normas Técnicas de la Asociación Gremial Clínicas de Chile A.G., a la cual las Clínicas pertenecen (Notificación, pág. 117 y 118), el concepto de día cama corresponde a la permanencia de un paciente en un centro asistencial ocupando una cama, por más de 8 horas. Véase: Clínicas de Chile A.G. (2012) Normas Técnicas para los Prestadores de Servicios de Salud en Convenio con Isapre, disponible en: <<http://www.clinicasdechile.cl/wp-content/uploads/2016/05/NT-Cli%CC%81nicas-e-Isapres-documento-definitivo-20121011.pdf>> [última visita: 02.12.2019]. En concordancia con ello, y pese a la diferencia del sistema de salud chileno, resulta ilustrativo que la autoridad de competencia del Reino Unido (*Competition and Market Authority*, “**CMA**”) en su Guía para el Análisis de Fusión de Hospitales, *CMA guidance on the review of NHS mergers (“Guía CMA Hospitales”)*, señala que los *day cases* (pacientes que, habiendo sido admitidos por el prestador, reciben tratamiento durante el día, pero no pernoctan) serán considerados como *inpatient* (hospitalario). En dicho sentido, véase: CMA. 2015. Ashford and St Peter’s Hospitals NHS Foundation Trust/Royal Surrey County Hospital NHS Foundation Trust, Caso ME/6511/14.

⁶⁷ Tal como se expondrá en la Sección III, en el mercado relevante de prestaciones de urgencia se considera necesario distinguir entre aquellas que requieren hospitalización posterior de aquellas que no requieren.

inmediata e impostergable⁶⁸. Esto debe ser determinado en la primera atención médica que la persona reciba⁶⁹⁻⁷⁰. Sin embargo, hay casos en que la condición del paciente no cumple con la definición legal citada, dado que no pelagra su vida o arriesga una secuela funcional grave, pero requiere de atención inmediata, pudiendo acudir a la unidad de urgencias de prestadores de salud hospitalarios o ambulatorios⁷¹⁻⁷²⁻⁷³. Estos últimos casos también serán considerados en el análisis como pertenecientes a atención médica de urgencia.

47. Finalmente, es relevante indicar que los prestadores institucionales requieren contar con la autorización sanitaria para su funcionamiento, la cual, según se indicó *supra*, es otorgada por la Seremi respectiva. Dicha autorización conlleva la verificación de requisitos mínimos de estructura y organización, incluyendo recursos humanos, planta física, equipamiento y manuales de organización y funcionamiento⁷⁴.
48. Por otra parte, los prestadores institucionales –autorizados por la autoridad sanitaria para funcionar– pueden acudir al sistema de acreditación⁷⁵, el cual consiste en la evaluación periódica de los estándares mínimos de calidad, mediante el seguimiento de procesos que promuevan un mejoramiento de los prestadores. Así, la acreditación contempla la evaluación de ciertos procesos relativos a las condiciones sanitarias con que se brindan las prestaciones, seguridad de instalaciones y equipos, aplicación de técnicas y tecnologías, existencia y evaluación del cumplimiento de protocolos, competencias de los recursos humanos, entre otras materias⁷⁶. En particular, el sistema de acreditación contempla umbrales de puntuación en los siguientes ámbitos: i) respeto a la dignidad del paciente; ii) gestión

⁶⁸ Artículo 1° del Decreto N°37 del año 2009, del Ministerio de Salud, que modifica el Decreto N°369 de 1985, que aprueba el Reglamento del Régimen de Prestaciones de Salud del año 1985.

⁶⁹ *Ibíd.*

⁷⁰ En los casos que la condición de salud del paciente cumpla con estas características, el usuario estará protegido por la Ley N°19.650 de 1999, que Perfecciona Normas del Área de la Salud (“**Ley de Urgencia**”), que prohíbe a los prestadores de salud negar la atención o condicionarla a un pago o garantía, mientras dure la condición de urgencia. Esto permite que las urgencias sean atendidas en el centro asistencial más cercano al lugar donde se encuentre el paciente. Las aseguradoras deben pagar directamente el valor de las atenciones al prestador donde se atendió su beneficiario. Una vez que el paciente se estabiliza, puede elegir entre continuar hospitalizado en el prestador que lo atendió originalmente, acogiéndose a los aranceles que constan en los convenios pactados, o ser trasladado a otro prestador, ya sea del sistema privado o de la Red de Salud Pública.

⁷¹ Esto es consistente con el criterio de la Organización Mundial de la Salud, que define urgencia como toda aquella condición, que en opinión del paciente requiere de una asistencia sanitaria inmediata. Asimismo, el sistema que divide los estados de gravedad de los usuarios que llegan a una unidad de urgencias para efectos de su ubicación en la lista de espera de atención médica, priorizando los casos más graves (“**Protocolo Triage**”), considera en una última categoría a aquellos pacientes que requieren sólo de la intervención del médico para el diagnóstico y resolución de su condición de salud y que podrían haberla requerido en una consulta ambulatoria.

⁷² En estos casos, el paciente deberá desembolsar el copago que corresponda, de acuerdo a las reglas generales.

⁷³ Las unidades de urgencia pueden ser tanto hospitalarias (en Clínicas y Hospitales) como ambulatorias (en Clínicas, SAPU de Centros Médicos, Cesfam y otros).

⁷⁴ Véase: <<https://www.minsal.cl/portal/url/item/b64310d5aaef070ce04001016401488f.pdf>> [última visita: 02.12.2019], y el Anexo N°1 del Decreto N°58 de 2009 del Ministerio de Salud, que contiene Normas Técnicas Básicas de Autorización Sanitaria para establecimientos de salud de atención cerrada, disponible en: <<https://www.minsal.cl/portal/url/item/b0226a5e50cdb42fe04001011e0147fa.pdf>> [última visita: 02.12.2019].

⁷⁵ La acreditación es un requisito necesario para otorgar prestaciones GES (según será definido *infra*). Decreto Supremo N°22 del Ministerio de Salud de 2019, que Aprueba Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud.

⁷⁶ DFL N°1, artículo 4, N°12 y 11.

de la calidad; iii) gestión clínica; iv) acceso, oportunidad y continuidad de atención; v) competencias del recurso humano; vi) registros; vii) seguridad del equipamiento; viii) seguridad de las instalaciones; y ix) servicios de apoyo⁷⁷. En la actualidad, la totalidad de los prestadores institucionales de alta complejidad se encuentran acreditados, o están en proceso de acreditación⁷⁸.

49. La entidad a cargo del proceso de acreditación es la Superintendencia de Salud, la cual, mediante la Intendencia de Prestadores de Salud, administra dicho sistema, fiscaliza los procesos de acreditación y autoriza a las entidades acreditadoras.

b) Prestadores públicos

50. Una característica relevante de los prestadores públicos, que los diferencia de los privados, se da por los mecanismos de acceso a la modalidad de atención cerrada. La Red de Salud Pública contempla un sistema escalonado de ingreso, distinguiendo entre atención de nivel primario, secundario y terciario⁷⁹. El tipo de atención de cada nivel varía de acuerdo al segmento de complejidad del problema de salud a resolver.

51. Los establecimientos de salud de nivel *primario* constituyen prestadores de atención abierta, y son la puerta de acceso para la obtención de prestaciones de salud, tanto en éste como en los demás niveles. Si un beneficiario necesita recibir una atención de mayor complejidad, es derivado desde el nivel primario hacia otros prestadores de servicios más complejos. Los establecimientos de nivel *secundario* corresponden a centros en que se entregan prestaciones médicas de una mayor especialización.

52. Por su parte, los establecimientos de nivel *terciario*, correspondientes a hospitales de alta, mediana y baja complejidad, otorgan atención cerrada u hospitalaria. Para que un beneficiario sea atendido en algún hospital, debe ser derivado desde un centro de salud del nivel secundario, o desde una unidad de urgencia.

c) Prestadores privados

53. Tal como ya fue señalado, el sistema de salud privado cuenta con prestadores institucionales e individuales.

54. Con respecto a los prestadores institucionales, y a diferencia de la Red de Salud Pública, los prestadores privados cerrados concentran prestaciones ambulatorias y hospitalarias, en un mismo lugar, sin perjuicio de que también existen centros médicos privados, que prestan únicamente atenciones ambulatorias. Así, en general

⁷⁷ Dichos ámbitos, a su vez, se subdividen en 35 componentes y 106 características, los cuales se traducen en 955 elementos medibles o verificadores. Véase Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada, de la Superintendencia de Salud, disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles-4530_Manual_AC_pdf.pdf [última visita: 02.12.2019].

⁷⁸ Véase acta de reunión de fecha 6 de noviembre de 2019, entre funcionarios de la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud y de la División de Fusiones de la FNE, a fojas 1555 del Expediente F178.

⁷⁹ Información disponible en: <http://www.ochisap.cl/index.php/organizacion-y-estructura-del-sistema-de-salud/estructura-organizacional-del-snss> [última visita: 02.12.2019].

las clínicas ofrecen en un mismo recinto servicios de consulta médica, imagenología, laboratorio, procedimientos terapéuticos de baja complejidad y procedimientos quirúrgicos de mediana y alta complejidad, entre otros.

55. Uno de los aspectos que es propio del sistema privado de salud en Chile es que en él se advierte la existencia de algunos prestadores institucionales integrados verticalmente con otros actores de la industria de la salud, como aseguradoras privadas y mutuales de seguridad⁸⁰.
56. Por su parte, los prestadores individuales (médicos) pueden ofrecer servicios de salud directamente a un usuario, o ser contratados por determinado prestador institucional. En los casos en que los médicos prestan servicios directamente, suelen contar con su propia consulta, pero requieren de instalaciones de prestadores institucionales privados para llevar a cabo procedimientos específicos, como pabellones para realizar procedimientos quirúrgicos. En ambos casos, el médico puede influir en la elección del prestador institucional por parte del usuario, ya que, si bien la determinación del prestador institucional finalmente recae en el usuario, el médico puede darle su opinión respecto de qué prestador ofrece mejor calidad, o directamente señalar que no realiza procedimientos en un determinado lugar.

2. Aseguradoras

57. Las aseguradoras, segundo actor involucrado en la industria de la salud, tienen por objeto exclusivo el financiamiento de las prestaciones y beneficios de salud, así como las actividades que sean afines o complementarias a ese fin⁸¹, y buscan contener los costos o limitar el impacto económico que tienen los servicios de salud⁸².
58. En Chile, los seguros de salud se estructuran principalmente en base a dos sistemas: un seguro público, administrado por el Fondo Nacional de Salud (“**Fonasa**”)⁸³, y seguros privados, administrados por las Instituciones de Salud Previsional (“**Isapres**”, y cada una individualmente, “**Isapre**”)⁸⁴. La ley consagra la

⁸⁰ En cuanto a los prestadores institucionales integrados verticalmente con aseguradoras privadas, esta Fiscalía ha señalado que existirían efectos ambiguos para la competencia, dado que la integración vertical podría teóricamente representar una reducción de costos de transacción y eliminar la doble marginalización, pero a su vez podría implicar riesgos verticales por un eventual cierre competitivo a nivel de aseguradoras y de prestadores, y por riesgos explotativos en perjuicio de los beneficiarios del sistema de salud. Adicionalmente, la Isapre podría incidir en la elección del prestador de salud por parte del consumidor. En dicho sentido, véase Informe Salud FNE, pág. 10 y siguientes; y Estudio del Mercado de la Salud Privada en Chile, de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, solicitado por la Fiscalía Nacional Económica, octubre 2012 (“**Estudio Salud PUCV**”) pág. 166 y siguientes.

⁸¹ En cuanto a la finalidad de las aseguradoras, el DFL N°1 indica en su artículo 173 que no podrán en ningún caso “implicar la ejecución de dichas prestaciones y beneficios ni participar en la administración de prestadores”. En cuanto a la discusión respecto a la entidad de dicha prohibición, véase Estudio Salud PUCV, pág. 38 y siguientes.

⁸² Según indica el Informe Salud FNE, pág. 5. Véase, además, Estudio Salud PUCV, pág. 156-157.

⁸³ Servicio público descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio, dependiente del Ministerio de Salud. Sus funciones y atribuciones están reguladas en el Capítulo III, Libro I del DFL N°1.

⁸⁴ El objeto de las Isapres es el financiamiento de las prestaciones y beneficios de salud, con cargo al aporte de la cotización legal. Estas instituciones están reguladas en el Título II, Libro III del DFL N°1.

libertad de elegir el sistema de salud estatal o privado al cual cada persona desee acogerse⁸⁵, siendo excluyente la elección entre un sistema previsional u otro.

59. Actualmente, el 78% de la población nacional estaría afiliada a Fonasa, y el 14,4% a Isapres⁸⁶. El porcentaje restante (7,6%) corresponde a personas que no estarían afiliadas a ningún sistema (designados en la industria como *particulares*), y/o a miembros de las Fuerzas Armadas y de Orden que se encuentran afiliados a su propio sistema de salud.

60. Tanto Fonasa como las Isapres deben asegurar a sus beneficiarios las garantías explícitas de salud (“**GES**”)⁸⁷. Éste es un beneficio legal relativo al acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de enfermedades o condiciones de salud que señale el decreto correspondiente del Ministerio de Salud⁸⁸⁻⁸⁹. Tanto las Isapres como Fonasa determinan los prestadores a los que sus beneficiarios deben acudir para recibir el tratamiento médico correspondiente⁹⁰⁻⁹¹⁻⁹². En caso que el prestador designado se ubique fuera de la región de residencia del beneficiario, las aseguradoras tienen la obligación de financiar los gastos de transporte⁹³.

a) Fonasa

61. El Fondo Nacional de Salud presenta dos modalidades de atención para sus beneficiarios: (i) modalidad de atención institucional (“**MAI**”); y, (ii) modalidad libre elección (“**MLE**”).

i) *Modalidad MAI*

62. La modalidad MAI corresponde a la red pública preferente, la cual está compuesta por todos los establecimientos pertenecientes a la Red de Salud Pública (hospitales,

⁸⁵ Tanto el artículo 19 N° 9, inciso final de la Constitución Política de la República, como el artículo 131 del DFL N° 1 consagran: “[l]a libertad de elegir el sistema de salud estatal o privado al cual cada persona desee acogerse”.

⁸⁶ Resultados Informe CASEN, según se define *supra*, disponible en: <<https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/10/CASEN-Salud-2017.pdf>> [última visita: 02.12.2019].

⁸⁷ Actualmente son 85 patologías GES. Listado disponible en: <<https://auge.minsal.cl/problemasdesalud/index>> [última visita: 02.12.2019].

⁸⁸ El decreto actualmente vigente corresponde al Decreto Supremo N°22 del Ministerio de Salud, de fecha 1 de julio de 2019, que Aprueba Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud, publicado en el Diario Oficial con fecha 7 de septiembre de 2019.

⁸⁹ Según información disponible en: <<http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-propertyvalue-1962.html>> [última visita: 02.12.2019].

⁹⁰ Para financiar el gasto en GES, las Isapres informan una prima GES que cobrarán a sus afiliados, que forma parte del precio de sus planes de salud. Por su parte, los afiliados a Fonasa financian las GES con cargo al 7% de su renta imponible.

⁹¹ En caso que el beneficiario rechace el prestador designado, pierde el beneficio. Véase información disponible en: <<http://www.supersalud.gob.cl/consultas/667/w3-propertyvalue-3467.html>> [última visita: 02.12.2019].

⁹² Para determinar dichos prestadores, las Isapres negocian las condiciones comerciales bajo las cuales se brindan tales servicios [5]. En dicho sentido, véase Declaración Red Interclínica.

⁹³ Circular IF/N°247 Imparte Instrucciones Sobre la Obligación de las Isapres de Pagar los Gastos de Traslado, en Cumplimiento de la Garantía de Acceso, disponible en: <<http://www.supersalud.gob.cl/normativa/668/w3-article-12536.html>> [última visita: 02.12.2019]. Dicha circular fue citada y acompañada en el documento Téngase Presente Red Interclínica I.

consultorios, policlínicos, postas rurales, centros de salud, entre otros). Fonasa está mandatado para asegurar a través de MAI el cumplimiento efectivo de los derechos en materia de salud de todos sus beneficiarios⁹⁴.

63. Es relevante señalar que la normativa contempla un derecho de atención preferente en la Red de Salud Pública para los beneficiarios de Fonasa en el artículo 146 del DFL N°1. Así, si bien los usuarios que no son beneficiarios de Fonasa pueden acceder a dicha red pagando el arancel correspondiente, esto no podrá significar postergación o menoscabo de la atención de los beneficiarios de Fonasa, quienes tendrán preferencia, con la sola excepción de urgencias debidamente calificadas⁹⁵. No obstante, el acceso a prestadores de salud pública por parte de usuarios no beneficiarios de Fonasa se encuentra evidentemente restringido, no sólo por la señalada preferencia legal, sino por la realidad de saturación de la Red de Salud Pública⁹⁶.
64. Para las atenciones que se realizan bajo la modalidad MAI, existen distintos niveles de bonificación según el tramo de ingreso del afiliado (A-B-C-D)⁹⁷, que van desde 0% de copago para los dos niveles más bajos de ingreso, hasta el 20% para el tramo más alto.
65. Es posible que los beneficiarios de Fonasa, en el contexto de la modalidad MAI sean derivados a prestadores de salud privados. Lo anterior se genera por situaciones de brecha de oferta pública –en caso que los prestadores públicos no tengan capacidad para satisfacer la demanda de salud de la población– por la vía de un programa de compras a privados. A modo de ejemplo, el Ministerio de Salud, a través de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, dispone de la Unidad de Gestión Centralizada de Camas, que busca optimizar el uso del recurso cama en la Red de Salud Pública en complementariedad con la oferta de prestadores institucionales privados⁹⁸. Respecto a los servicios ambulatorios, según consta en la Investigación,

⁹⁴ Artículo 50, letra b), y artículo 134 del DFL N°1.

⁹⁵ Artículo 146 DLF N°1.

⁹⁶ Conforme consta en el informe del Observatorio Ciudadano de Gestión Hospitalaria, del Ministerio de Salud, existiría un grado importante de congestión en diversos hospitales a nivel nacional. Tablero de Control de Hospitales de Alta Complejidad, información disponible en: <<https://www.minsal.cl/gestionhospitalaria/>> [última visita: 02.12.2019]. En ese mismo sentido, véase declaraciones de Patricia Gajardo, subgerente de derivación asistencial de Isapre Cruz Blanca S.A, a fojas 512 del Expediente F178, que señala: “en general los hospitales públicos no establecen acuerdos con las instituciones privadas”; y de Raúl Romero, director del Hospital de Iquique, a fojas 662 del Expediente F178 (“**Declaración Hospital de Iquique**”), que indica: “El Hospital siempre está al debe en camas (...) tiene una ocupación de camas de medicina de prácticamente el 100%. O sea, hemos estado siempre sobre el 95%”.

⁹⁷ El tramo A corresponde a beneficiarios que no perciben ingresos. Al tramo B pertenecen afiliados con ingreso imponible mensual menor o igual a \$250.000. El tramo C corresponde a afiliados con ingreso imponible mensual superior a \$250.000 y menor o igual a \$365.000. Al tramo D pertenecen afiliados con ingreso imponible mensual superior a \$365.000. Información disponible en: <<http://www.supersalud.gob.cl/consultas/667/w3-article-6304.html>> [última visita: 02.12.2019].

⁹⁸ Con la finalidad de coordinar dicha complementariedad, la Unidad de Gestión Centralizada de Camas cuenta con una plataforma que vincula la oferta de camas críticas, agudas y básicas con la demanda insatisfecha de camas de los distintos establecimientos públicos. Durante el año 2017, se registra un total de 5.786 derivaciones al extrasistema. Información disponible en: <<https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/03/Informe-UGCC-2014-2018.pdf>> [última visita: 02.12.2019]. En el mismo sentido, véase: <<https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmID=93151&prmTIPO=DOCUMENTOCOMISION>> [última visita: 02.12.2019].

los hospitales públicos acudirían a adquirir prestaciones de imagenología y laboratorio, en caso de existir problemas de equipamiento⁹⁹.

66. Las derivaciones de pacientes desde el sistema de salud público al privado, denominadas en la industria como *derivaciones al extrasistema*, pueden ser motivadas por Fonasa, por un Servicio de Salud o por un Establecimiento de Autogestión en Red¹⁰⁰. El beneficiario MAI debe acudir al prestador privado al que fue derivado, sin desembolsar mayores pagos que los correspondientes a su nivel de copago en Fonasa. Los prestadores de salud privados, por su parte, reciben los ingresos de acuerdo al esquema de remuneraciones pactado¹⁰¹.

ii) Modalidad MLE

67. Por su parte, la modalidad MLE corresponde al acceso de beneficiarios de Fonasa a la red privada, compuesta por prestadores individuales o institucionales, incluyendo las unidades de pensionado de la red pública¹⁰², que hayan suscrito un convenio con Fonasa para otorgar determinadas atenciones médicas a sus beneficiarios¹⁰³. En virtud de esta modalidad, los beneficiarios de Fonasa pueden elegir según sus propias preferencias y posibilidades económicas en qué prestador de salud de la red privada atenderse.

68. Pueden acceder a tal modalidad los beneficiarios de Fonasa pertenecientes a los tramos B, C y D¹⁰⁴. Sin embargo, bajo esta modalidad, y a diferencia de la modalidad MAI, el copago que deberá financiar cada beneficiario no depende del tramo de ingreso al que pertenezca, sino que está definido para la totalidad de los usuarios de Fonasa que puedan acceder a la modalidad MLE.

69. En las prestaciones ambulatorias, por regla general, el copago en MLE dependerá del nivel en que cada prestador de salud se inscriba con Fonasa. Existen tres niveles, donde nivel 1 corresponde al menor arancel y nivel 3 al mayor. La bonificación por parte de Fonasa corresponde a un monto fijo equivalente en los tres

⁹⁹ Conforme a la declaración de Patricio Maturana Pérez, Subdirector Administrativo del Hospital de Iquique, a fojas 772 del Expediente F178, y a respuesta de Servicio de Salud Iquique a Oficio Ord. N° 0655, a fojas 489 del Expediente F178.

¹⁰⁰ En virtud del artículo 50, letra b), inciso segundo del DFL N°1, del artículo 8, letra c) del Decreto N°140 del Ministerio de Salud del año 2004, que establece el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud; y del artículo 36, letra g) del DFL N°1, respectivamente.

¹⁰¹ De acuerdo a la Declaración Hospital de Iquique, y a respuesta del Hospital de Iquique a Oficio Ord. N°1458, a fojas 921 del Expediente F178.

¹⁰² La unidad de pensionado corresponde a una sección de los hospitales en que se otorgan prestaciones hospitalarias fuera del contexto de la Red de Salud Pública. Es decir, el paciente tiene que pagar determinado arancel por acceder a servicios otorgados con mayor celeridad y comodidad, generalmente a un valor menor al que pagaría a un prestador privado. El servicio de pensionado se encuentra reconocido en los artículos 36 letra m) y 173 del DFL N°1.

¹⁰³ Información disponible en: <<https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/beneficiarios/red-atencion>>, "Red Privada" [última visita: 02.12.2019].

¹⁰⁴ Información disponible en: <<http://www.supersalud.gob.cl/consultas/667/w3-article-6304.html>> [última visita: 02.12.2019].

casos. Por lo tanto, nivel 1 implicará un menor copago para el beneficiario, mientras que nivel 3 implicará un mayor copago¹⁰⁵.

70. Existen dos casos en los cuales cada prestador de salud privado puede cobrar un valor superior al establecido en el arancel¹⁰⁶: (i) días cama¹⁰⁷, y (ii) derecho de pabellón¹⁰⁸, las que constituyen una parte importante del valor de las prestaciones hospitalarias¹⁰⁹. En estos casos, Fonasa ofrece un nivel de bonificación fijo para todo el país, y los prestadores definen su arancel.

71. Una tercera modalidad de copago para usuarios MLE consiste en la determinación de programas médicos paquetizados, es decir, que se establece un valor único para la resolución de un problema médico, en lugar de establecer aranceles particulares por cada prestación involucrada en un procedimiento determinado. Este es el caso del convenio denominado Pago Asociado a Diagnóstico (“PAD”)¹¹⁰. Los usuarios de Fonasa acceden al PAD a través de un convenio entre Fonasa y los prestadores de salud que cumplen con los requisitos técnicos y de calidad para su realización. Dichos convenios garantizan aranceles y montos de copago fijos para los prestadores que decidan adherirse a este sistema. Los aranceles PAD se fijan a nivel nacional por Fonasa y no se negocian con los prestadores.

b) Isapres

72. Los seguros privados de salud son administrados por las Isapres, las cuales pueden ser abiertas o cerradas¹¹¹. Las Isapres abiertas son aquellas que admiten la

¹⁰⁵ Aranceles de modalidad libre elección de Fonasa. Información disponible en: <<https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/prestadores/modalidad-libre-eleccion>> “Aranceles MLE” y <<http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-propertyvalue-2383.html>> [última visita: 02.12.2019].

¹⁰⁶ En virtud de la Resolución Exenta N°277 de Fonasa, de fecha 6 de mayo de 2011, que establece normas técnico administrativas para la aplicación del arancel en la modalidad de libre elección, por conceptos de días cama y derecho de pabellón, “las entidades con convenio vigente, además de la orden de atención por el respectivo código de la atención cerrada otorgada, podrán cobrar directamente al beneficiario, las diferencias que se produzcan entre dicho valor arancelario y el que fije libremente la entidad”. Resolución disponible en: <<https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/prestadores/modalidad-libre-eleccion>> “Aranceles MLE” [última visita: 02.12.2019]

¹⁰⁷ Según las normas técnicas de la asociación gremial Clínicas de Chile A.G., a la cual las Clínicas pertenecen (Notificación, pág. 117 y 118), el concepto de día cama corresponde a la permanencia de un paciente en un centro asistencial ocupando una cama, por más de 8 horas. Véase: Clínicas de Chile A.G. (2012) Normas Técnicas para los Prestadores de Servicios de Salud en Convenio con Isapre, disponible en: <<http://www.clinicasdechile.cl/wp-content/uploads/2016/05/NT-Cli%CC%81nicas-e-Isapres-documento-definitivo-20121011.pdf>> [última visita 02.12.2019].

¹⁰⁸ Conforme a la Resolución Exenta N°50 del 2009 del Ministerio de Salud, el derecho a pabellón quirúrgico corresponde al derecho de uso de recintos de acceso restringido, autorizados para su funcionamiento, que cuentan con instalaciones y anexos, equipamiento, instrumental y elementos de uso quirúrgico necesarios y suficientes, que en condiciones de asepsia y seguridad permiten efectuar intervenciones quirúrgicas. Véase Resolución Exenta N°50 del 2009 del Ministerio de Salud, que Establece Normas Técnico Administrativas para la Aplicación del Arancel del Régimen de Prestaciones de Salud en la Modalidad de Atención Institucional, disponible en: <<https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=287128&idVersion=2009-02-07>> [última visita 02.12.2019].

¹⁰⁹ Estas prestaciones representan el [20-30]% de los ingresos de Clínica Iquique, y el [10-20]% de los ingresos de Clínica Tarapacá [6].

¹¹⁰ Corresponden a 63 intervenciones. Información disponible en: <<https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/beneficiarios/bonos-pad>> [última visita: 02.12.2019].

¹¹¹ Las Isapres cerradas son aquellas cuyo objeto es otorgar prestaciones únicamente a trabajadores de una determinada empresa o institución. Informe Salud FNE, pág. 5. Son Isapres cerradas: Isapre Chuquicamata Ltda., Isapre Cruz del Norte Ltda., Isapre Fundación Ltda., Isapre Fusat Ltda., Isapre Río Blanco Ltda., e Isapre San Lorenzo Ltda.

afiliación de cualquier persona, independiente de su vínculo laboral con determinada empresa o institución. Éstas concentran el 98% del total de cotizantes en el sistema privado¹¹², y son seis: Colmena Golden Cross S.A. ("**Colmena**"), Isapre Banmédica S.A. ("**Banmédica**"), Isapre Consalud S.A. ("**Consalud**"), Isapre Cruz Blanca S.A. ("**Cruz Blanca**"), Nueva Masvida S.A. ("**Nueva Masvida**") y Vida Tres S.A. ("**Vida Tres**")¹¹³.

73. La afiliación a una Isapre se produce en virtud de la suscripción de un contrato, en el cual el usuario pacta un determinado plan de salud y su nivel y estructura de financiamiento¹¹⁴⁻¹¹⁵. Dependiendo de si hace o no referencia a un prestador institucional específico, dicho plan puede presentar diversas modalidades¹¹⁶: (i) plan de libre elección, en que la elección del prestador queda a la total discreción del usuario, sin acceder a mejores condiciones en prestadores específicos; (ii) plan cerrado, en que solo se contempla el financiamiento de las atenciones ofrecidas por determinados prestadores; y (iii) plan preferente, que ofrece financiamiento con libre elección, pero con mayor cobertura en ciertos prestadores individualizados en el plan.
74. Las Isapres negocian periódicamente los aranceles de las prestaciones para sus beneficiarios con los prestadores de salud privados¹¹⁷. Respecto de dichas tarifas los usuarios pagan un porcentaje, dependiendo del plan que tengan contratado con la Isapre. La bonificación de las Isapre varía normalmente entre un 60%-80% del valor de las prestaciones hospitalarias y entre un 50%-60% para prestaciones ambulatorias, con determinados topes¹¹⁸, nivel de cobertura que podría verse incrementada en caso de planes preferentes con un determinado prestador.

c) Otras aseguradoras

75. Existen otras aseguradoras pertenecientes a regímenes de salud diversos a los antes especificados. Por una parte, las Fuerzas Armadas y de Orden ("**FFAA y de Orden**") tienen sus propios sistemas de salud, que incluyen tanto a prestadores como aseguradoras. Los miembros de las FFAA y de Orden se incorporan automáticamente al sistema de salud de su institución, cuya afiliación persiste –a lo menos– mientras subsista su calidad¹¹⁹.

¹¹² Según información disponible en: <<http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/w3-article-18135.html>> [última visita: 02.12.2019].

¹¹³ Perteneciente al mismo grupo empresarial que Banmédica.

¹¹⁴ Artículo 184 DFL N°1.

¹¹⁵ En general, en virtud de dichos contratos se pactan beneficios distintos a los contemplados en las garantías explícitas de salud (GES), los que deben ser incluidos en un plan de salud complementario. Artículo 192 DFL N°1.

¹¹⁶ Informe Salud FNE, pág. 14 y 15.

¹¹⁷ Conforme consta en la Investigación en respuestas de Isapres [7].

¹¹⁸ Estadísticas de la Superintendencia de Salud para el año 2017, información disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-17541_recurso_1.pdf> [última visita: 02.12.2019].

¹¹⁹ Véase: artículo 8 Ley N° 19.465 de 1996, que Establece Sistema de Salud de las Fuerzas Armadas; artículo 4 letra d) del Decreto con Fuerza de Ley N°31 del año 1953, que fija la Ley Orgánica por la que se Regirá la Caja de Previsión de la Defensa Nacional; y, los artículos 6 y 8 del Decreto Ley N°844 de 1975, que Crea el Departamento de Previsión de Carabineros.

76. Por otra parte, hay casos en que un beneficiario de Fonasa o Isapre puede ser titular de seguros adicionales de salud. En este contexto, las mutuales de seguridad son las aseguradoras de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales¹²⁰. Asimismo, las empresas pueden ofrecer a sus trabajadores determinados beneficios de salud¹²¹. Así, existirían diversas entidades aseguradoras que, normalmente, operan por sobre la cobertura de Fonasa o de las Isapres¹²².
77. Para aquellos casos en que las instituciones antes referidas no se encuentren integradas verticalmente con prestadores de salud de una localidad, o en que sus prestadores no cuenten con la capacidad para ofrecer ciertas prestaciones específicas, dichas instituciones celebran convenios con prestadores de salud privados, para la provisión de prestaciones de salud a sus beneficiarios o empleados¹²³. En dichos contratos se suelen establecer cláusulas relativas a las prestaciones que formarán parte del convenio, la forma en que se otorgarán, las condiciones técnicas y de calidad acordadas, y el valor asociado a cada prestación, entre otras materias¹²⁴.

II.B. Sistema de salud en la Región de Tarapacá

78. Desde la perspectiva de la oferta, en la Región de Tarapacá coexisten diversos prestadores de salud pertenecientes a la Red de Salud Pública y al sistema privado, de atención abierta y cerrada, que otorgan prestaciones de urgencia y atención programada tanto hospitalarias como ambulatorias. En la Tabla 1 se muestra, de manera agregada, los principales prestadores de salud de dicha Región.

¹²⁰ Las mutuales de seguridad están reguladas en la Ley N°16.744 de 1968, del Ministerio de Trabajo y Previsión Social, que Establece Normas sobre Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales (“**Ley de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales**”). Dichas mutuales son el Instituto de Seguridad del Trabajo (“**IST**”), la Asociación Chilena de Seguridad y la Mutual de Seguridad CChC.

¹²¹ Según consta en la respuesta de Red Salud a Oficio Ord. N°0664, a fojas 335 del Expediente F178, y de Red Interclínica a Oficios Ord. N°0663 y 0921, a fojas 410 y 632 del Expediente F178.

¹²² Generalmente dichos seguros de salud otorgan una indemnización o reembolso al asegurado por los gastos médicos en que incurre a propósito de una enfermedad o un accidente, y que se encuentren cubiertos por la póliza contratada, como por ejemplo, gastos en hospitalización, medicamentos, prestaciones ambulatorias u otros. Para mayor información, véase sitio web de la Comisión de Mercado Financiero: <<https://www.svs.cl/educa/600/w3-propertyvalue-572.html>> [última visita: 02.12.2019].

¹²³ Las aseguradoras de las FFAA y de Orden deben derivar a sus beneficiarios en las localidades en que no cuenten con su propio prestador de salud. En virtud del Dictamen de la Contraloría General de la República N°095534N15, de fecha 2 de diciembre de 2015, las compras del Comando de Salud del Ejército a privados se rigen por la Ley N°19.886 de Bases Sobre Contratos Administrativos de Suministro y Prestación de Servicios (“**Ley de Compras Públicas**”). Asimismo, las mutualidades de seguridad contemplan convenios de derivación de usuarios a las Clínicas. En efecto, el IST señaló que, en aquellas zonas en que no cuenta con centros con la complejidad requerida para resolver ciertas atenciones médicas de sus beneficiarios, requiere celebrar convenios con terceros. Aporte de antecedentes IST, a fojas 1248 del Expediente F178.

¹²⁴ En cuanto a los convenios celebrados con las Clínicas, esta División tuvo a la vista la copia de los convenios vigentes en poder de las Partes acompañados en respuestas a Oficios Ord. N°0663, 0664 y 0921, respectivamente a fojas 410, 335 y 632 del Expediente F178.

Tabla 1
Servicios ofrecidos por los principales prestadores de salud de la Región de Tarapacá

Prestador(es)	Atención programada			Urgencia		
	Hospitalarias	Ambulatorias		Hospitalarias	Ambulatorias	
		Consultas médicas	Imagenología y laboratorio		Consultas médicas	Imagenología y laboratorio
Hospital de Iquique	X	X	X	X	X	X
Clínica Iquique	X	-	X	X	X	X
Clínica Tarapacá	X	X	X	X	X	X
Centro Médico Red Salud	-	X	X	-	-	-
Centro de Atención Integral IST	-	X	X	-	X	X
Policlínico Mutua de Seguridad	-	X	X	-	-	-
Centros de Salud Familiar ¹²⁵ y SAPU	-	X	X	-	X	X
Centros de diálisis	-	X	-	-	-	-
Centros radiológicos	-	-	X	-	-	-
Laboratorios	-	-	X	-	-	-
Consultas médicas privadas	-	X	-	-	-	-

Fuente: Elaboración propia en base a información del Expediente F178

79. Los prestadores institucionales de atención cerrada presentes en esta zona son: (i) Clínica Iquique; (ii) Clínica Tarapacá; y (iii) Hospital de Iquique, perteneciente a la Red de Salud Pública. El Hospital de Iquique corresponde a un Establecimiento de Autogestión en Red. Éste sería un centro de referencia con un mayor grado de resolutivez para prestaciones complejas respecto de otros centros de la Red de Salud Pública y de prestadores privados en la zona norte del país.

80. Adicionalmente, según se observa en la Tabla 1 anterior, en la Región de Tarapacá se verifica la presencia de diversos prestadores de atención abierta, incluyendo consultas médicas de prestadores individuales, laboratorios, centros de imagenología, centros de diálisis¹²⁶, y otros prestadores institucionales que ofrecen servicios de salud de baja complejidad.

81. Con respecto a urgencias, resulta necesario diferenciar entre prestadores de salud que ofrecen servicios de urgencia que requieren hospitalización posterior y aquellos que ofrecen servicios de carácter ambulatorio. En cuanto a los primeros, los prestadores que ofrecen estos servicios en la Región de Tarapacá son Clínica Iquique, Clínica Tarapacá y Hospital de Iquique. Por su parte, las prestaciones de

¹²⁵ Tales como Centro Salud Familiar Cirujano Aguirre, Centro Salud Familiar Cirujano Videla, Centro de Salud Familiar Cirujano Guzmán, Centro de Salud Familiar Sur, Posta Salud Rural Chanavayita, Posta Salud Rural San Marcos, Centro de Salud Familiar Pedro Pulgar Melgarejo y Centro de Salud Familiar Dr. Héctor Reyno Gutiérrez, entre otros. Anexo de la Notificación denominado “Estudio de Mercado Interno”, a fojas 197 del Expediente 178.

¹²⁶ De acuerdo a la información aportada por las Partes en la Notificación, existirían al menos 50 consultas médicas privadas, 14 laboratorios, 8 centros de imagenología y 4 centros de diálisis. Anexo de la Notificación denominado “Estudio de Mercado Interno”, a fojas 197 del Expediente 178.

urgencia de carácter ambulatorio son provistas por una diversidad de actores públicos y privados¹²⁷.

82. En cuanto a la urgencia que requiere hospitalización, los prestadores de la Región de Tarapacá presentan ciertas diferenciaciones relativas a su capacidad de atención de urgencias, ya que el Hospital de Iquique contaría con un mayor grado de resolutivez que las Clínicas para prestaciones complejas¹²⁸, pero con menor capacidad de atención, considerando el nivel de ocupación del mismo. Lo anterior implicaría mayores tiempos de espera de urgencia en el Hospital de Iquique que en las Clínicas¹²⁹, por encontrarse actualmente operando sobre su capacidad de cobertura, y por las características de morbilidad específicas de la población de Iquique¹³⁰.
83. Otra característica del sistema de salud en la Región de Tarapacá, conforme consta en la Investigación, es que los prestadores individuales ofrecen sus servicios de manera independiente en su consulta particular, y utilizan las Clínicas para procedimientos más complejos, ya que es poco frecuente que los médicos estén contratados por las Clínicas¹³¹.
84. De esta manera, generalmente, el paciente asiste a la consulta particular de un médico cirujano que, en caso de que se requiera de atención quirúrgica, efectúa una orden con la que dicho usuario puede cotizar la realización de dicha prestación quirúrgica en los prestadores institucionales¹³². En dichos casos, las asimetrías de información existentes entre los pacientes y los prestadores institucionales, particularmente en cuanto a la calidad de las prestaciones quirúrgicas, otorgarían

¹²⁷ Existen diversos prestadores de la Red de Salud Pública que ofrecen prestaciones ambulatorias de urgencia: Centro Salud Familiar Cirujano Aguirre, Centro Salud Familiar Cirujano Videla, Centro de Salud Familiar Cirujano Guzmán, Centro de Salud Familiar Sur, Posta Salud Rural Chanavayita, Posta Salud Rural San Marcos, Centro de Salud Familiar Pedro Pulgar Melgarejo y Centro de Salud Familiar Dr. Héctor Reyno Gutiérrez, entre otros. Anexo de la Notificación denominado “Estudio de Mercado Interno”, a fojas 197 del Expediente 178. Asimismo, el Centro de Atención Integral IST ofrece prestaciones ambulatorias de urgencia.

¹²⁸ En efecto, para un conjunto de prestaciones de urgencia más complejas las Clínicas realizan derivaciones al Hospital de Iquique. Respuesta Red Salud al Oficio Ord. N°1480, a fojas 973 del Expediente F178; y respuesta Red Interclínica al Oficio Ord. N°1479, a fojas 980 del Expediente F178.

¹²⁹ El tiempo de espera promedio para casos menos graves, según el Protocolo Triage, en la unidad de urgencia de Clínica Tarapacá es de [>30] minutos, y para Clínica Iquique de [>30] minutos **[8]**, mientras que para el Hospital de Iquique, asciende a 90 minutos. Respuestas Oficios Ord. N°1732, 1733, y 1726 a fojas 1360, 1372 y 1364 del Expediente F178, respectivamente.

¹³⁰ Conforme a la Declaración Hospital de Iquique, “[u]na de las características fundamentales que hay que mencionar es que este es un Hospital básicamente, se puede decir, de urgencia. Este Hospital fue construido para una población de alrededor de 150.000 habitantes y damos cobertura a casi 400.000 (...) Y como nosotros nos vemos atochados con mucha urgencia, este Hospital tiene además una particularidad como región, si ustedes miran lo que es salud pública esta región es el número 1 en SIDA en Chile, el número 1 en tuberculosos y más encima ahora tenemos las enfermedades tropicales (...) entonces nos vemos enfrentados a una necesidad de soporte en salud que (...) es más que otros hospitales en el sur del país donde la población no está enfrentada a este tipo de situación”.

¹³¹ De acuerdo a lo informado por las Partes, para el año 2018 existirían 400 médicos que prestan servicios en la ciudad de Iquique (Notificación, pág. 76), y de ellos, [*] estarían contratados por Clínica Iquique y [*] por Clínica Tarapacá, según figura en respuestas de Red Interclínica a Oficio Ord. N°0921, a fojas 632 del Expediente F178 y de Red Salud a Oficio Ord. N°0920, a fojas 628 del Expediente F178 **[9]**.

¹³² Conforme a declaración de un médico que presta servicios en el Hospital de Iquique y en las Clínicas **[10]**.

una influencia relevante a los médicos en la decisión tomada por los consumidores finales¹³³.

85. Así lo evidenciaría la Encuesta Activa Research cuyo objetivo principal fue reportar los patrones de sustitución de los usuarios de Clínica Iquique y Clínica Tarapacá¹³⁴— pues el motivo más recurrente de selección de las Clínicas corresponde a la recomendación de los médicos, en un 40% de los casos¹³⁵. En línea con lo anterior, el Cuestionario a médicos en Iquique realizado en el marco de la Investigación¹³⁶, indica que 32 de 45 médicos consultados recomiendan un establecimiento particular para realizar cirugías, y 29 de estos 32 señalan que los pacientes siguen dicha recomendación con alta frecuencia.
86. Respecto a las características de la demanda, y en relación a los usuarios, conforme a los datos de la encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional del año 2017, elaborado por el Observatorio Social del Ministerio de Desarrollo Social (“Informe CASEN”)¹³⁷, la población de la Región de Tarapacá alcanza 346.917 habitantes, de los cuales un 12% se encuentra afiliado a Isapres, un 74% a Fonasa, un 3% a seguros de las FFAA y de Orden, y un 6% no se encuentra afiliado a sistemas previsionales, conforme se observa en la Tabla 2:

Tabla 2
Distribución de la población según afiliación a sistema previsional de salud en el 2017

Previsión de salud	N° de personas	Porcentaje
Fonasa Total	257.446	74%
Fonasa A	76.886	22%
Fonasa B	71.473	21%
Fonasa C	39.061	11%
Fonasa D	32.844	9%
Fonasa (no sabe)	37.182	11%
FF.AA. y de Orden	12.062	3%
Isapre	40.200	12%

¹³³ En efecto, en un caso asimilable, existen asimetrías de información entre los distribuidores de fármacos y el consumidor final, que limitarían las posibilidades de verificación de la calidad o efectividad de los medicamentos por parte de los usuarios. En dicho sentido, la decisión de prescripción del médico finalmente se convertiría en la decisión de consumo del paciente (Estudio de la FNE “Estudio sobre los efectos de la bioequivalencia y la penetración de genéricos en el ámbito de la libre competencia” de septiembre de 2013). Dichas conclusiones, aunque morigeradas, podrían ser extrapolables al caso en análisis, dado que se verifican similares asimetrías de información relevantes entre el paciente y el prestador institucional, por lo que el consejo del médico cirujano resultaría de especial relevancia.

¹³⁴ Conforme consta en los resultados de la Encuesta a fojas 1066 del Expediente F178, adjuntos a presentación que consta a fojas 1043 del Expediente F178. La metodología de la Encuesta Activa Research se detalla en el Anexo I del Informe de Riesgos, a fojas 1238 del Expediente 178.

¹³⁵ En línea con lo indicado en la Encuesta, el nombre y la reputación de cada prestador individual sería muy relevante. Así, en la Declaración de Clínica Iquique se indica: “Declarante 2: Y la calidad de los médicos, “ah no, yo voy a esa clínica, porque ahí está el doctor [11]”, te fijas, la calidad de los médicos es muy importante en la calidad de asistencia, las grandes clínicas de Santiago, da lo mismo el nombre, la institución le da la calidad al médico, sea puede ser un médico desconocido, se va a trabajar a una gran clínica y se hace famoso, ¿ya?, tienen un poder de marca importante. (...) Como la trayectoria, que sé yo. Clínica Alemana... En las clínicas acá el médico es re importante, “no y anda a operarte con este doctor”, ese boca a boca es muy importante”.

¹³⁶ Cuestionario a proveedores individuales de la Región de Tarapacá. Para mayores antecedentes sobre objetivos, metodología y resultados, véase Nota Técnica, a fojas 1003 del Expediente F178.

¹³⁷ Información disponible en: <<https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/10/CASEN-Salud-2017.pdf>> [última visita: 02.12.2019].

Previsión de salud	N° de personas	Porcentaje
Ninguno (Particular)	20.615	6%
Otro sistema	4.727	1%
No sabe	11.867	3%
Total	346.917	100

Fuente: Informe CASEN

87. De acuerdo a los antecedentes tenidos a la vista, durante los últimos años, el segmento de beneficiarios de Isapres ha disminuido en la Región de Tarapacá. En efecto, según datos de la Superintendencia de Salud, entre los años 2014 y 2017 el número de beneficiarios de Isapre en la Región de Tarapacá disminuyó en un 12%, mientras que el número de beneficiarios de Fonasa aumentó en un 10%¹³⁸. Lo anterior ha sido identificado por actores de la industria como consecuencia de shocks demográficos¹³⁹ y socioeconómicos¹⁴⁰, tanto en la Región de Tarapacá como en la industria local.

¹³⁸ En cambio, no se observa la misma tendencia a nivel nacional, ya que el aumento en usuarios beneficiarios de Isapre en el país desde 2014 a 2017 es de 2,5% y en Fonasa 3,4%. Superintendencia de Salud, Series Estadísticas 1990-2017, Cartera de Beneficiarios del Sistema Isapre, disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articulos-17431_recurso_3.xls> [última visita: 02.12.2019]; y Fonasa, Boletín Estadístico, información disponible en: <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/adjuntos/Boletin_Estadistico_2016_2017_2018> [última visita: 06.08.2019]. Lo anterior es consistente con lo indicado por las Partes en la Notificación, pág. 99.

¹³⁹ Según información del Departamento de Extranjería y Migración, en el año 2014 la Región de Tarapacá contaba con 24.539 extranjeros, cifra que aumentó a 60.632 según los últimos antecedentes del Instituto Nacional de Estadísticas para el año 2018, lo que implica un aumento en 247%. Información disponible en: <<https://www.extranjeria.gob.cl/media/2016/02/Anuario-Estad%20C3%ADstico-Nacional-Migraci%20C3%B3n-en-Chile-2005-2014.pdf>> [última visita: 02.12.2019]; y en: <https://www.ine.cl/docs/default-source/demogr%20c3%a1ficas-y-vitales/estimaciones-personas-extranjeras/minuta-estimacion-poblacion-extranjera-en-chile-resultados-regionales.pdf?sfvrsn=223d5fd2_4> [última visita: 05.11.2019].

Dicho aumento en la población habría sido advertido en la Declaración Hospital de Iquique: “[e]ste Hospital tiene un 47% de sus partos que son de extranjeros, es (...) una de las primeras de Chile que tiene tanto inmigrante”.

¹⁴⁰ El ingreso autónomo de los hogares de la Región de Tarapacá entre los años 2015 y 2017 se redujo un 17%, según antecedentes del Informe CASEN. Adicionalmente, conforme a información del Instituto Nacional de Estadísticas, la tasa de participación en el empleo durante el año 2018 en la Región de Tarapacá alcanzó un 72,7% para hombres (la más baja desde el 2010), y un 49,8% para el caso de las mujeres (la más baja desde el 2015). Lo anterior implica una baja de 3.150 mujeres y 1.990 hombres en la fuerza de trabajo durante el periodo 2014-2018 en la Región de Tarapacá. INE, “Enfoque Estadístico Empleo y Género, Región de Tarapacá”, de agosto de 2019, disponible en: <[https://regiones.ine.cl/documentos/default-source/region-i/banco-de-datos-r1/boletines-informativos/encuesta-nacional-de-empleo-\(ene\)/2019/enfoque-estad%20c3%adstico-empleo-y-g%20c3%a9nero-en-tarapac%20c3%a1-\(per%20c3%adodo-2014---2018\).pdf?sfvrsn=9a4ba6df_6](https://regiones.ine.cl/documentos/default-source/region-i/banco-de-datos-r1/boletines-informativos/encuesta-nacional-de-empleo-(ene)/2019/enfoque-estad%20c3%adstico-empleo-y-g%20c3%a9nero-en-tarapac%20c3%a1-(per%20c3%adodo-2014---2018).pdf?sfvrsn=9a4ba6df_6)> [última visita: 02.12.2019].

Por su parte, el PIB per capita de la Región de Tarapacá, entre los años 2014 y 2015 decreció en 3,8% y entre los años 2015 y 2016, en 1%. Los años 2017 y 2018 las variaciones del PIB per capita fueron de 0,3% y 0,8% respectivamente. Información disponible en: <https://si3.bcentral.cl/Siete/secure/cuadros/arboles.aspx?idCuadro=CCNN2013_PIB_REGIONAL> y <<https://www.ine.cl/estadisticas/demograficas-y-vitales?categoria=proyecciones%20de%20poblaci%20C3%B3n>> [última visita: 13.09.2019].

Adicionalmente, entre los factores que se indicaron como causantes de una disminución de la demanda de seguros a las Isapres se encontraría la disminución del ingreso promedio en la Región de Tarapacá, conforme a la Declaración Hospital de Iquique. Asimismo, las Partes señalaron que la depresión en la industria del cobre y una caída en los niveles de operación de la zona franca causarían dicha disminución de los ingresos promedio (Notificación, pág. 29).

II.C. Caracterización de las clínicas ubicadas en la Región de Tarapacá

88. De acuerdo con lo expuesto en la subsección anterior, en la Región de Tarapacá existen dos prestadores de salud privados de atención cerrada: Clínica Iquique y Clínica Tarapacá.
89. La Operación incide en las prestaciones hospitalarias y ambulatorias ofrecidas por las Clínicas, tanto para las atenciones programadas como para atenciones de urgencia. En términos de instalaciones, según la información acompañada en la Notificación, Clínica Iquique cuenta con 50 camas, 4 pabellones, 12 box de urgencias, 3 equipos de toma de muestra y 4 equipos de imagenología, Clínica Tarapacá cuenta con 35 camas, 4 pabellones, 8 box de urgencias, 3 equipos de toma de muestra y 4 equipos de imagenología¹⁴¹.
90. La siguiente figura refleja el porcentaje de ventas con traslape de ambas Clínicas en cada grupo de código arancelario de Fonasa¹⁴². Como se advierte, existe una superposición significativa en las prestaciones en que las Clínicas se encuentran activas:

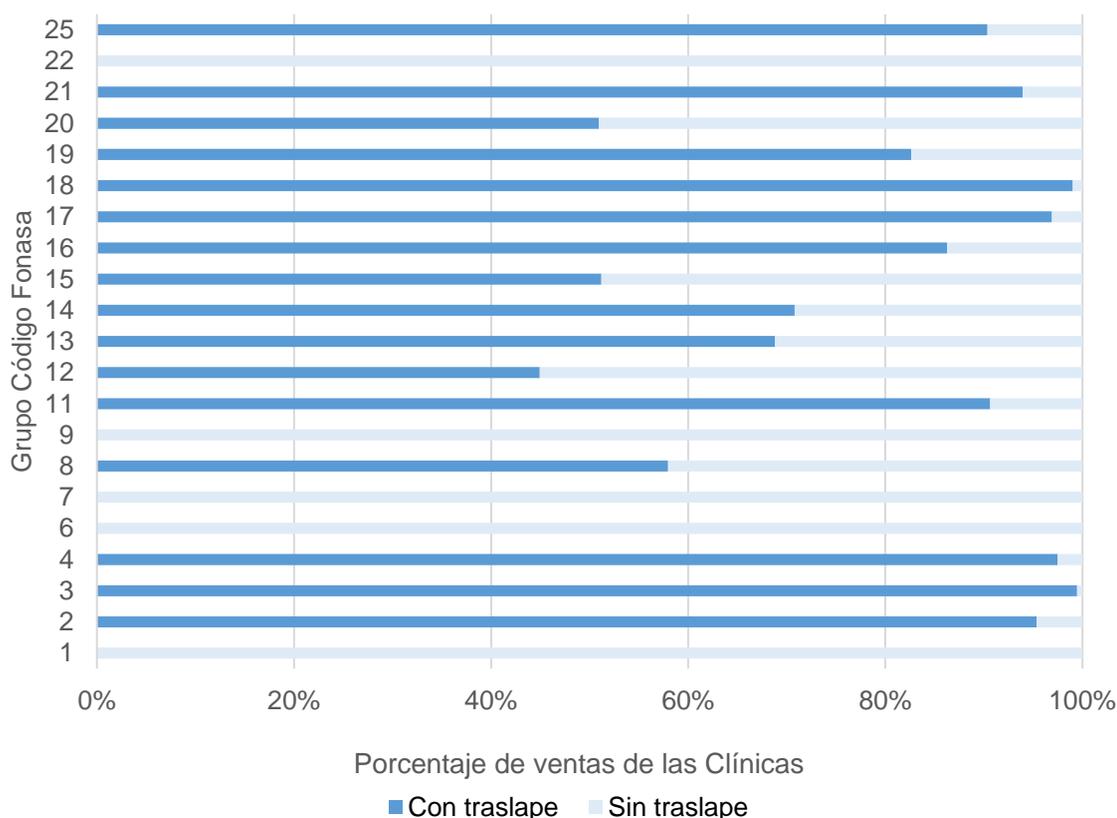
¹⁴¹ Anexo de la Notificación denominado "Estudio de Mercado Interno", a fojas 197 del Expediente 178.

¹⁴² Los códigos arancelarios de Fonasa corresponden a un número con que se identifica cada prestación. Está conformado por siete dígitos: los dos primeros indican el grupo, los dos segundos el subgrupo, y los tres finales, las particularidades de casa prestación. Véase: Clínicas de Chile A.G. (2012) Normas Técnicas para los Prestadores de Servicios de Salud en Convenio con Isapre, disponible en: <http://www.clinicasdechile.cl/wp-content/uploads/2016/05/NT-Cli%CC%81nicas-e-Isapres-documento-definitivo-20121011.pdf> [última visita 02.12.2019].

Cada número de grupo Fonasa corresponde a las siguientes categorías: 1. Atención Abierta (consulta médica); 2. Atención Cerrada (día cama); 3. Exámenes de Laboratorio; 4. Imagenología; 5. Medicina Nuclear (densitometría ósea); 6. Kinesiología Nuclear; 7. Medicina Transfusional, Banco de Tejidos; 8. Anatomía Patológica; 9. Psiquiatría y Psicología Clínica; 10. Endocrinología; 11. Neurología y Neurocirugía; 12. Oftalmología; 13. Otorrinolaringología; 14. Cirugía de Cabeza y Cuello; 15. Cirugía Plástica y Reparadora; 16. Dermatología y Tegumentos; 17. Cardiología y Neumología; 18. Gastroenterología; 19. Urología y Nefrología; 20. Ginecología y Obstetricia; 21. Ortopedia y Traumatología; 22. Actos Anestésicos; 23. Prótesis; 24. Traslados; y 25. Pago Asociado a Diagnóstico (PAD).

Para cada código arancelario de Fonasa, véase la información disponible en: <https://va.fonasa.cl/sv/valoriza.asp> [última visita: 02.12.2019].

Figura 2
Prestaciones Clínicas según códigos Fonasa



Fuente: Elaboración propia a partir de información aportada por las Clínicas

91. En sus orígenes, la Clínica Iquique pertenecía a un médico particular y tenía el nombre de Clínica Schweitzer. A principios de la década de los noventa fue comprada por la Cámara Chilena de la Construcción, tras lo cual cambió su nombre y fue remodelada¹⁴³. Conforme consta en el Expediente F178, por regla general dicha clínica ha presentado rendimientos operacionales positivos¹⁴⁴, y es reconocida por los médicos de la zona como una entidad caracterizada por la calidad de su atención¹⁴⁵. Sin perjuicio de lo anterior, durante la última década ha tenido episodios de bajo rendimiento económico, **[12]**¹⁴⁶.
92. Según los antecedentes de la Investigación¹⁴⁷, dichos resultados operacionales podrían explicarse por: (i) razones de mercado, debido al incremento paulatino de la oferta de Clínica Tarapacá; y (ii) el deterioro del ingreso promedio de los habitantes de la Región de Tarapacá, producto de un menoscabo de la situación

¹⁴³ Notificación, pág. 27.

¹⁴⁴ Del análisis de los estados de resultado de Clínica Iquique, se aprecia un EBITDA creciente **[13]**. Se advierte un retroceso durante **[14]**. Respuesta de Red Salud a Oficio Ord. N°1088, a fojas 724 del Expediente F178.

¹⁴⁵ Conforme a declaración de médico en el marco de la Investigación **[15]**; y según consta en el Cuestionario (18 de 23 médicos que prefieren prestar sus servicios en Clínica Iquique señalan que su elección es por razones vinculadas a calidad del establecimiento).

¹⁴⁶ Según consta en antecedentes de las Partes. **[16]**.

¹⁴⁷ **[17]**.

económica de la industria local¹⁴⁸. Ambos elementos habrían reducido la demanda de atenciones de Clínica Iquique, durante los años 2016 y 2017, observándose cierto repunte en el periodo posterior. Adicionalmente, existen antecedentes de la Investigación¹⁴⁹ que dan cuenta de que los resultados de Clínica Iquique en el período indicado estarían también relacionados con problemas de gestión de la propia clínica, debido a [18] y a la pérdida de convenios, disminuyendo en definitiva la cantidad de pacientes de este prestador¹⁵⁰.

93. Por su parte, Clínica Tarapacá forma parte de Red Interclínica desde el año 1998¹⁵¹. Según se indica en la Notificación, si bien durante los primeros años después de la adquisición experimentó pérdidas, actualmente gozaría de una buena situación financiera y, en efecto, exhibe niveles de ventas superiores a Clínica Iquique¹⁵².
94. Si bien Clínica Iquique y Clínica Tarapacá son los únicos prestadores privados de atención cerrada de la Región de Tarapacá, su modelo de negocios es diferente. Esto se muestra, principalmente, en la dispar composición de sus clientes. A este respecto, conforme se observa en la Tabla 3, para el año 2018, mientras Clínica Iquique obtiene sus ingresos principalmente de beneficiarios de Isapre – representando dichos usuarios un [50-60]% de sus ingresos– tales pacientes para Clínica Tarapacá serían los que representarían menor porcentaje de sus ventas – [20-30]%- siendo los beneficiarios de Fonasa los más relevantes al representar un [30-40]%, seguidos de otras aseguradoras (mutualidades, FFAA y de Orden, entre otras) con un [20-30]% [19].

Tabla 3
Fuente de ingresos de las Clínicas, año 2018 [20]

Previsión	Clínica Iquique	Clínica Tarapacá
Fonasa	[20-30]%	[30-40]%
Isapres	[50-60]%	[20-30]%
Consalud	[*]	[*]
Cruz Blanca	[*]	[*]
Banmédica/Vida Tres	[*]	[*]
Colmena	[*]	[*]
Nueva Mas Vida	[*]	[*]
Otras aseguradoras	[10-20]%	[30-40]%
Dirección Previsión Carabineros	[*]	[*]
Asociación Chilena de Seguridad	[*]	[*]
Jeafosale	[*]	[*]
Armada de Chile	[*]	[*]

¹⁴⁸ Según lo señalado *supra*.

¹⁴⁹ Conforme a declaración de médico en el marco de la Investigación, a las respuestas del Cuestionario y a Declaración Clínica Iquique [21-22].

¹⁵⁰ Según consta en presentaciones internas al directorio de Red Salud de fecha 30 de mayo de 2019, las causas que explican la caída en la demanda del servicio de urgencia serían [23]. Documento titulado "F. Presentación Sesión Ordinaria de Directorio Clínica Iquique 30 de mayo de 2017" (diapositiva 30) acompañado al Complemento de la Notificación, a fojas 243 del Expediente F178.

¹⁵¹ Véase información disponible en sitio web de Red Interclínica: <<https://www.interclinica.cl/nosotros-2/>> [última visita: 02.12.2019].

¹⁵² Notificación, pág. 102 y 103.

Previsión	Clínica Iquique	Clínica Tarapacá
Fuerza Aérea de Chile	[*]	[*]
Particulares	[*]	[*]
Cormudesi	[*]	[*]
Municipalidad de Alto Hospicio	[*]	[*]
Mutual de Seguridad	[*]	[*]
Otros	[*]	[*]
Total (MM CLP)	[*]	[*]

Fuente: Elaboración propia a partir de antecedentes de la Investigación

95. Conforme se ha podido recabar en la Investigación, Clínica Iquique tendría mayores aranceles¹⁵³, sería más compleja¹⁵⁴, sería percibida como de mayor calidad¹⁵⁵, y apuntaría a sectores de la población de mayores ingresos¹⁵⁶. Este perfil sería consistente con el enfoque de Red Salud, una cadena de servicios médicos que procura mantener cierto estándar de atención común en todas las clínicas de su red, lo que conlleva inversiones en mantenimiento y actualización de su equipamiento¹⁵⁷.
96. Por otro lado, Red Interclínica apuntaría a un modelo cuyo foco es brindar las prestaciones a precios bajos para hacer accesible la salud a grupos que actualmente no se pueden atender en el sistema privado. Este modelo plantearía un *trade off* entre precio y complejidad, ya que al aumentar la complejidad de las atenciones deben subir los precios para que sean costeadas¹⁵⁸.
97. Ahora bien, producto de la competencia existente entre ambas Clínicas pre-Operación de concentración, Clínica Tarapacá invirtió para mejorar su infraestructura a través de la construcción de una nueva torre, cuyo objeto principal sería precisamente aumentar la calidad de la atención y la hotelería¹⁵⁹⁻¹⁶⁰.

¹⁵³ De acuerdo a los antecedentes que constan en el Expediente F178, los precios de Clínica Iquique son mayores que los de Clínica Tarapacá, en un [*]% para beneficiarios de Isapre, y en un [*]% para beneficiarios de Fonasa [24]. Estos porcentajes se calcularon a partir de los precios de cada prestación, ponderando la suma de las ventas de ambas Clínicas correspondientes a dicha prestación.

¹⁵⁴ En efecto, dicho establecimiento tuvo operativa una unidad de cuidados intensivos hasta el año 2017, y recientemente tomó la decisión de descomplejizarse. Véase Notificación, pág. 28. Por su parte, el Cuestionario contiene declaraciones que confirman la percepción de mayor complejidad, incluso en la actualidad. En efecto, al ser consultados sobre las razones de la elección de Clínica Iquique, se indicó: “puedo realizar Cirugías [confidencial] que no puedo en la otra clínica por falta de equipos y personal capacitado y acreditado en dicha técnica quirúrgica, seguridad mía y para el paciente”, “unidad de Neonatología e intermedio adulto”. En el mismo sentido, una declaración de médico consultado en el marco de la Investigación da cuenta de que “en el transcurso de su funcionamiento la Clínica disfrutó de crecimiento constante, llegándose a posicionar como prestador más complejo de gran Iquique durante el periodo 2000-2010”, sin perjuicio de que actualmente “(...) [h]a ido mermando su grado de complejidad” [25].

¹⁵⁵ Dicha percepción por parte de los médicos consultados en el marco de la presente Investigación consta en el Cuestionario, y en declaraciones de médicos consultados por esta División [26].

¹⁵⁶ Conforme a Declaración Clínica Iquique, ante tales resultados [27]. Lo anterior coincide con la declaración de un médico de dicho establecimiento [28].

¹⁵⁷ Declaración Juan Pablo Aylwin, Presidente del Comité de Inversiones de Red Salud, a fojas 745 del Expediente F178: [29].

¹⁵⁸ Conforme a Declaración Red Interclínica, que indica [30].

¹⁵⁹ Conforme a Declaración Red Interclínica: [31].

¹⁶⁰ Para mayores antecedentes sobre dicha variable competitiva, véase Sección IV del presente Informe.

98. De esta manera, e independiente de algunas diferencias de gestión y foco de negocios, como se observa en la siguiente figura, ambas clínicas son multi-servicio y ofrecen, esencialmente, el mismo conjunto de servicios hospitalarios¹⁶¹, representando las prestaciones con traslape más del 90% de las ventas –en valor y cantidad de atenciones– para cada una de las Clínicas¹⁶².

Figura 3
Porcentaje de venta en atenciones hospitalarias, por grupo de prestación y Clínica, año 2018

[32]

Fuente: Elaboración propia a partir de información aportada por las Partes

99. En síntesis, si bien las Clínicas tienen modelos de negocio distintos, el perfil de ambas se ha ido paulatinamente asemejando, en cuanto a su política comercial y a los clientes a los que apuntan¹⁶³. En efecto, dados los resultados de Clínica Iquique, ésta se ha ido descomplejizando¹⁶⁴, cerrando las unidades que implicaban altos costos de operación, mientras, Clínica Tarapacá ha invertido para mejorar su infraestructura.

III. MERCADOS RELEVANTES AFECTADOS

100. En esta sección se definen los mercados relevantes que sirven como marco para evaluar los efectos competitivos de la Operación. Siguiendo los criterios de la Guía para el Análisis de Operaciones de Concentración de la FNE (“Guía”)¹⁶⁵, en primer lugar, se abordan las características de los servicios ofrecidos por las Clínicas y de los demandantes, que dan origen a los distintos mercados relevantes de producto. En segundo lugar, en relación con los productos relevantes, se evalúan los ámbitos geográficos relevantes de competencia¹⁶⁶.

101. Cabe señalar que, si bien la definición de un mercado relevante brinda un contexto para el análisis de competencia y usualmente permite calcular las cuotas de

¹⁶¹ Ambas Clínicas ofrecen las especialidades de neurología, neurocirugía, oftalmología, cirugía de cuello y cabeza, dermatología, cirugía plástica, cardiología, gastroenterología, urología y nefrología, ginecología y obstetricia, traumatología y PAD, entre otras.

¹⁶² A partir de información aportada por las Partes, considerando prestaciones hospitalarias (grupos Fonasa 2, 11 al 21 y 25). Respuesta de Red Interclínica a Oficio Ord. N°1089, a fojas 719 del Expediente F178, y respuesta de Red Salud a Oficio Ord. N°1312, a fojas 802 del Expediente F178.

¹⁶³ De acuerdo a la Declaración Clínica Iquique, los perfiles de negocio adoptados recientemente los han acercado a Clínica Tarapacá: “Tenemos básicamente la misma oferta trasladada en la parte quirúrgica, en la parte ambulatoria, imágenes.”.

¹⁶⁴ Así, existen diversas declaraciones prestadas en el marco de la Investigación que dan cuenta del proceso de descomplejizar las prestaciones de Clínica Iquique. [33]. En el mismo sentido, Notificación pág. 28.

¹⁶⁵ Guía para el Análisis de Operaciones de Concentración de la FNE, octubre 2012. Disponible en: <<https://www.fne.gob.cl/wp-content/uploads/2012/10/Guia-Fusiones.pdf>> [última visita: 02.12.2019]. Si bien esta Fiscalía dejó sin efecto la Resolución Exenta N°1118 de 2012 que aprobó la Guía, en virtud de Resolución Exenta N°331 de 2017, los funcionarios de esta División han seguido considerando los aspectos de la Guía referidos al marco analítico de análisis de operaciones de concentración, según lo dispone el Considerando 4 de dicha resolución.

¹⁶⁶ Según se expone *infra*, la definición de mercado relevante geográfico ha jugado un rol significativo en la jurisprudencia comparada como marco de análisis en operaciones de concentración entre proveedores de salud.

mercado de las partes, también puede presentar una visión reducida en cuanto a la intensidad competitiva que actores dentro y fuera de dicho mercado podrían ejercer. Por ello, en casos de bienes diferenciados estas definiciones, aunque útiles, deben ser interpretadas con cautela¹⁶⁷. En efecto, en el marco de la Investigación esta División, junto con definir mercados relevantes de producto y geográficos, ha realizado un análisis de presión competitiva¹⁶⁸, a fin de no limitar su evaluación de la Operación únicamente a una definición estricta de mercado relevante.

III.A. Mercado del producto

102. Desde el punto de vista de la demanda, la FNE entiende que conforman un mismo mercado relevante el producto o grupo de productos que sus consumidores consideran sustitutos suficientemente próximos. Siguiendo uno de los asentados criterios de análisis, se trataría de un grupo de productos que harían rentable para un monopolista hipotético efectuar un alza de precios pequeña, pero significativa y no transitoria (“**SSNIP**”, por su sigla en inglés), al tener los consumidores pocas alternativas de cambio¹⁶⁹.
103. Como punto de partida, se debe considerar que los servicios ofrecidos por las Clínicas se pueden agrupar en segmentos de atención de salud, que exhiben diferencias tanto en características de la demanda como de la oferta.
104. Las Partes han considerado como definición adecuada de mercado relevante de producto los servicios de salud ofrecidos por prestadores institucionales públicos y privados, a pacientes beneficiarios de Fonasa e Isapres, sin distinción¹⁷⁰. En su análisis, se diferenció entre servicios hospitalarios, ambulatorios y de urgencia¹⁷¹.
105. La competencia en los mercados de prestaciones de salud se produce principalmente respecto a las variables competitivas precio y calidad; dichas variables impactan directamente en la decisión de los pacientes de atenderse y también afectan la percepción de los médicos, quienes tienen influencia en la decisión del usuario final, como se señaló *supra*¹⁷². Así, los prestadores

¹⁶⁷ La definición de mercados relevantes no es un fin en sí mismo y, en caso de fusiones donde existen diferencias relevantes entre los actores que participan en la industria, es recomendable que se complemente el análisis, a través de herramientas que tomen en consideración la presión competitiva que éstos ejercen. En este sentido, FNE. 2017. Ideal S.A./Nutrabien S.A., Rol FNE F90-2017, párrafo 68; FNE. 2014. Promotora Camino a Canaán S.A./ Nuestros Parques, Rol FNE F36-2014, párrafos 39 y 40; Guía, pág. 10; Guía de Fusiones de la *Federal Trade Commission* (“**FTC**”) y del *Department of Justice* (“**DOJ**”) de Estados Unidos, del año 2010. Véase asimismo la literatura citada en este sentido en la Sección IV del presente Informe.

¹⁶⁸ Según se expone en la Sección IV del presente Informe.

¹⁶⁹ Es relevante tener en cuenta que la jurisprudencia extranjera no utiliza frecuentemente el test del monopolista hipotético en casos de fusiones de prestadores de salud, ya que en los mercados que analizan, el precio de cara al consumidor final no es una variable competitiva relevante, ya sea porque los precios están fijados por la autoridad –como en Reino Unido–, o porque los usuarios deben acudir a los prestadores previamente definidos por su aseguradora –como en Estados Unidos–.

¹⁷⁰ Notificación, pág. 54.

¹⁷¹ Los mercados de servicios ambulatorios y de urgencia ofrecidos por prestadores institucionales privados fueron considerados como alternativas plausibles, ya que, según lo expuesto por las Partes, sus participaciones en dichos mercados, considerando prestadores privados y públicos, no superaría el 20%.

¹⁷² Tal como se señaló, la existencia de asimetrías de información en relación a la calidad de las prestaciones, impacta en la influencia que puede tener el médico tratante en la decisión del usuario de elegir una clínica. De esta forma, las Clínicas compiten en calidad para capturar la preferencia de los prestadores

institucionales toman acciones estratégicas respecto de ambas variables, con el fin de atraer demanda¹⁷³.

106. A diferencia de otros mercados, en el contexto de prestaciones de salud hay casos en que la demanda por la prestación resulta menos sensible al precio, ya sea por la gravedad de la situación, o porque la prestación se encuentra en gran parte cubierta por el seguro. En dichas situaciones, la variable más relevante serían las vinculadas con la calidad del prestador. En otros contextos, se trata de prestaciones relativamente homogéneas, en que los prestadores suelen hacer una oferta paquetizada que los consumidores usualmente cotizan con antelación, caso en el cual la principal variable competitiva sería el precio¹⁷⁴. Así, si bien tanto precio como calidad juegan un rol importante, cada variable será más relevante dependiendo del contexto en que se otorgue la prestación.
107. En el presente caso, conforme a los antecedentes que obran en el Expediente F178, con objeto de definir los mercados relevantes afectados por la Operación, esta División considera necesario evaluar las siguientes distinciones o variables: (i) según *si el producto es una prestación o un convenio*; (ii) según *tipo de prestador*, público o privado; (iii) según *aseguradora de los usuarios*, Fonasa o Isapre; (iv) según *contexto en que es otorgada la prestación*, atención programada o urgencia; y, (v) según *tipo de prestación*, hospitalaria o ambulatoria¹⁷⁵.
108. Conforme a lo anterior, la siguiente figura grafica las distinciones que esta División consideró como antecedente para efectos de definir los mercados relevantes de producto en los que la Operación tendría efectos competitivos.

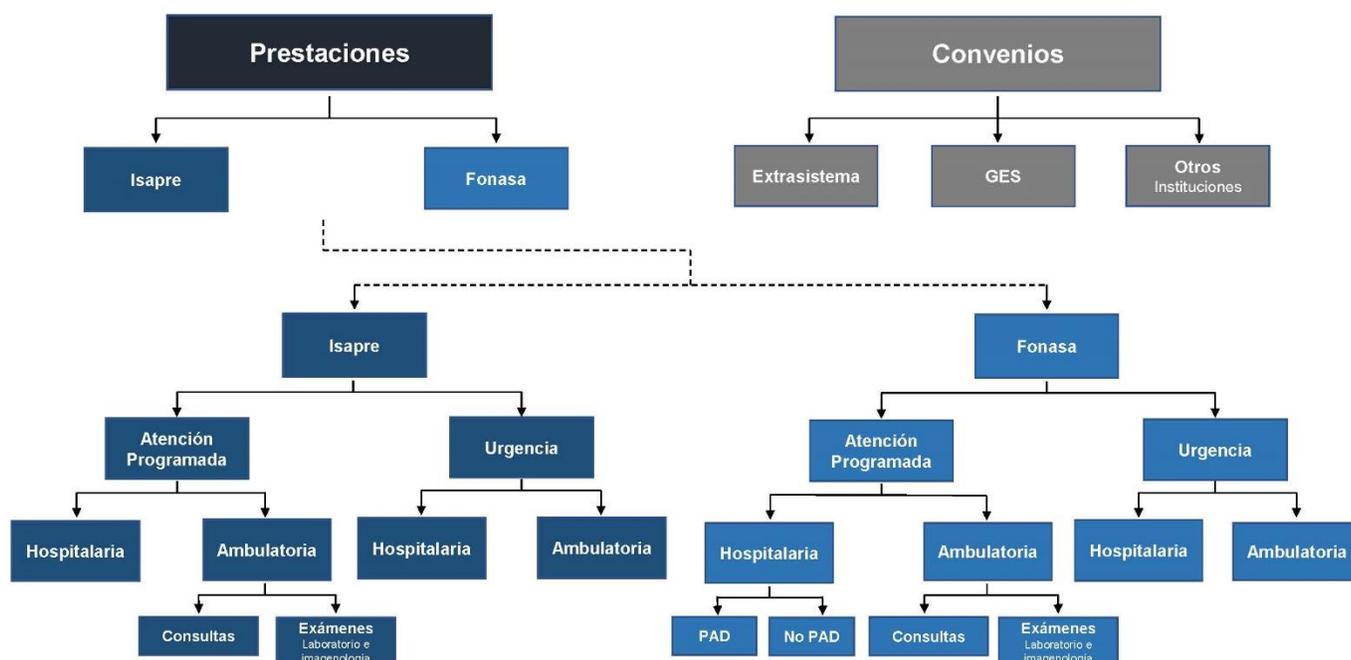
individuales. Los antecedentes de la Investigación, y en especial los resultados de la Encuesta Activa Research, reflejan la relevancia de la referencia del médico en la elección del prestador institucional, y cómo aspectos vinculados a la variable calidad inciden de manera significativa en las recomendaciones que realizan dichos profesionales. Por otra parte, y si bien la realidad nacional no es directamente equiparable a la de otros países, en la experiencia comparada se ha entendido en el mismo sentido, en los casos que, para el otorgamiento de prestaciones hospitalarias, se requiere la derivación de un médico tratante, como en Reino Unido. Véase Schmid, A. and Varkevisser, M. 2016. Hospital merger control in Germany, the Netherlands and England: Experiences and challenges. *Health Policy*, 120(1), pág. 16-25. Si bien la realidad nacional sería distinta, en el Expediente F178 consta la relevancia de la referencia del médico a la hora de elegir el prestador institucional y cómo aspectos ligados con la variable calidad inciden de manera significativa en las recomendaciones que realizan dichos profesionales.

¹⁷³ Al respecto, véase Sección IV.

¹⁷⁴ Un ejemplo serían las prestaciones paquetizadas, cuyo caso paradigmático serían los partos, prestación por la cual los prestadores suelen exhibir una particularmente intensa competencia por la variable precio. Véase el Informe de Archivo Rol FNE F1-2013, Adquisición de Colmena Golden Cross por Fondo Privado / LarrainVial, párrafo 39.

¹⁷⁵ Y otras subsegmentaciones, las que se detallarán *infra*.

Figura 4
Segmentaciones para la definición de los mercados relevantes



Fuente: Elaboración propia.

109. Como se observa, la Operación podría afectar de distinto modo a los usuarios finales de los servicios que brindan las Clínicas, dependiendo del contexto en que se utilice su infraestructura¹⁷⁶. A continuación se describen las principales consideraciones y factores que justifican la definición de mercados relevantes afectados por la Operación a partir de las segmentaciones presentadas.

1. Distinción según si el producto es una prestación o un convenio

110. Los mercados de prestaciones de salud se caracterizan porque su oferente es el prestador, su demandante es el usuario o paciente, y su producto es el servicio de salud. De esta forma, los oferentes compiten por atraer a cada paciente mejorando su oferta, sea en precio y/o calidad. Sin embargo, hay casos en que ciertas instituciones demandan convenios para ofrecer beneficios en servicios de salud a sus afiliados, empleados, u otros sujetos definidos. En estos casos, los prestadores de salud compiten por adjudicarse dichos convenios y no por atraer demanda por las condiciones particulares ofrecidas para cada prestación de salud en sí misma.

111. Así, es posible sostener que la competencia por los pacientes es en el mercado, mientras que la de convenios sería por el mercado (*competition in the market* /

¹⁷⁶ Las condiciones competitivas ofrecidas por las Clínicas resultan de la intermediación de agentes que participan en negociaciones con éstas, tales como aseguradoras, el Hospital de Iquique, las FFAA y de Orden, municipalidades, mutuales y otras empresas. También son relevantes consideraciones respecto al tipo de prestación –hospitalaria o ambulatoria; atención programada o de urgencia–. En el caso de pacientes sin previsión, que se atiendan en calidad de particulares, las condiciones comerciales dependen directamente de la estrategia adoptada por el prestador, en consideración a las características de la demanda.

competition for the market)¹⁷⁷⁻¹⁷⁸. La competencia por el mercado se produce ya que las instituciones deben elegir con qué prestador, que les ofrezca las mejores condiciones, celebrar un determinado convenio¹⁷⁹.

112. Esta situación ocurre, por ejemplo, en casos de derivaciones desde la Red de Salud Pública hacia prestadores privados; desde el sistema de salud de las FFAA y de Orden hacia prestadores privados; o en caso de celebración de convenios entre prestadores e instituciones como empresas y mutuales de seguridad¹⁸⁰.

113. Cada uno de estos convenios es negociado en sí mismo, saliendo los demandantes a licitar o cotizar entre sus distintas opciones, generalmente prestadores privados dentro de una zona geográfica determinada. De tal modo, los convenios variarán en precios y condiciones comerciales para la institución que los negocie en atención a las particularidades y prestaciones que incluya para el usuario final¹⁸¹.

114. Considerando las características de la situación descrita, y en especial, (i) el hecho de que el producto esté conformado por los posibles convenios que pueden celebrar las diversas instituciones, y no por prestaciones individuales; y (ii) que las condiciones comerciales que se negocian en los convenios son diferentes a las que negocian las aseguradoras a nivel de cada prestación, es posible concluir que el

¹⁷⁷ Una de las características de los sistemas de salud a nivel global es que en algunos casos se compite por el mercado. En este sentido véase: Goddard, M. (2015) Competition in Healthcare: Good, Bad or Ugly? International Journal of Health Policy and Management, 4(9): 567-9, disponible en: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4556571/>> [última visita: 02.12.2019]: “Cuarto, las características de varios sistemas de salud, usualmente inhiben el grado de competencia en el mercado, por ejemplo proveedores compitiendo por pacientes; y en su lugar, resulta más usual que los proveedores compitan por el mercado, por ejemplo, tratando de ganar el negocio de un asegurador donde es posible tener uno o solo algunos pocos proveedores de un servicio operando”. Traducción libre. En el original: “Fourth, the characteristics of many healthcare systems often inhibits the degree to which there can be competition in the market ie, with providers competing for patients; and instead it is often more about providers competing for the market (or making markets contestable) ie, trying to win the business of a commissioner where it is feasible to only have one or very few providers of a service, operating”.

¹⁷⁸ Tal como se señaló *supra*, la FTC ha señalado que la competencia en servicios de salud se produce en dos etapas: (i) selección del prestador por parte de la aseguradora para la inclusión en su red; y (ii) selección del prestador por parte del usuario, dentro de las alternativas que otorga su aseguradora. La primera etapa correspondería a competencia por el mercado. Véase FTC Complaint in re Evanston Northwestern Healthcare Corporation / ENH Medical Group, Inc., No D-9315 (FTC Filed Feb. 10, 2004).

¹⁷⁹ Si bien la negociación entre Isapres y prestadores de salud eventualmente también podría modelarse como una competencia por el mercado, diversos factores hacen diferir el análisis entre las negociaciones de convenios y las negociaciones con las aseguradoras para determinar los aranceles y otras condiciones de oferta de las prestaciones. Entre dichos factores se encuentran los siguientes: la frecuencia con que se negocian y utilizan los servicios, la masividad de la demanda asociada a estos seguros, el hecho de que los aranceles sean en parte pagados por los usuarios, y el hecho de que los servicios respecto de los que se negocian condiciones comerciales involucren en un caso, todas las prestaciones disponibles del prestador, mientras que en los convenios normalmente se trate de servicios puntuales. Adicionalmente, muchas veces los convenios actúan de manera complementaria a los seguros y aplican como un beneficio adicional para los usuarios. En otros casos, como las negociaciones para derivaciones al extrasistema, Fonasa opera de cara al usuario como si se atendiera en la Red de Salud Pública, y el convenio consiste en el pago realizado a la Clínica para utilizar la infraestructura.

¹⁸⁰ Por ejemplo, en los casos de derivaciones al extrasistema, el servicio público y los prestadores privados de salud celebran convenios que fijan los términos de dicha derivación. Véase Sección II. Una situación similar sucede respecto de las prestaciones asociadas a la Ley de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales que son atendidas por prestadores con convenio con la mutualidad a la que se encuentre suscrito el usuario, o en el caso de las prestaciones que se financian por la vía de convenios negociados entre prestadores y empresas, municipalidades u otras instituciones.

¹⁸¹ Según se desprende de los convenios acompañados por las Partes en respuesta a Oficios Ord. N°0663, 0664 y 0921, a fojas 342, 425 y 636 del Expediente F178.

segmento de convenios entre prestadores privados e instituciones constituiría un mercado distinto de aquel de prestaciones ofrecidas a consumidores finales con copago de las aseguradoras.

2. Distinción según características del prestador: privado o público

115. La FNE ha señalado con anterioridad que los prestadores privados pertenecen a un mercado distinto de aquel constituido por los prestadores de la Red de Salud Pública¹⁸². Esta distinción se justifica especialmente en los distintos segmentos de la población a los que apunta cada prestador, toda vez que los hospitales públicos se focalizan principalmente en segmentos con menor capacidad de pago que el sector privado¹⁸³.

116. En relación con lo anterior, el hecho de que un prestador público pueda o no competir con un prestador privado, es corolario de (i) la racionalidad de los sistemas de aseguramiento, toda vez que Fonasa es un seguro de salud público y solidario, por lo que entrega una mayor cobertura para atención en la Red de Salud Pública, mientras que las Isapres constituyen un seguro comercial privado, cuyo foco es brindar cobertura en la atención de prestadores privados; (ii) el contexto en que se realizan las prestaciones –programadas o de urgencia–, toda vez que la accesibilidad a prestadores públicos varía dependiendo del contexto; y, (iii) el tipo de prestación –ambulatorias u hospitalarias–, que implica diferencias relevantes en cuanto a las preferencias de los usuarios. En este sentido, la presión competitiva que puedan ejercer prestadores públicos a privados, como se presenta a continuación, depende de las otras segmentaciones de mercado relevante.

117. De esta forma, esta distinción es de suma importancia en ciertos casos para determinar los actores presentes en el mercado definido, por lo cual en la presente sección se describen las principales características y los elementos que diferencian a prestadores públicos de privados, y cómo repercuten las siguientes segmentaciones (tipo de aseguradora, contexto en que se brinda la prestación y tipo de prestación).

¹⁸² Véase Informe Salud FNE, pág. 13. Dicho documento precisa que esto “podría matizarse en el caso de ciertas regiones del país, en las cuales los Hospitales pertenecientes a la Red de Salud Pública son demandados por afiliados de Isapres en forma menos excepcional, atendida la inexistencia de prestadores institucionales privados con capacidad para atender ciertas patologías de mayor complejidad o un mayor volumen de atenciones.” Sin embargo, dicho matiz sería de menor entidad en la ciudad de Iquique, ya que el Hospital no pertenece al mismo mercado relevante que las Clínicas, según se expone *infra*. Además, FNE. Informe de Archivo Rol 2244-13, párrafo 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 últimos. 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 privados.” En el mismo sentido, FNE. Minuta de Archivo Rol 2182-13, párrafo 15, e Informe de Archivo Rol 2244-13, párrafo 12.

¹⁸³ En relación con este aspecto, el Informe CASEN confirma lo anterior, por cuanto un 82% de los beneficiarios de Fonasa tramos A, B y C en la ciudad de Iquique utiliza el Hospital de Iquique para intervenciones quirúrgicas (programadas o de urgencia), mientras que un 11% acude al sector privado. Para el tramo D, el porcentaje de atenciones en el Hospital de Iquique corresponde al 69% y en el sector privado al 26%. Para las personas que declaran estar afiliadas a Isapre, el Hospital de Iquique representa un 14% de las preferencias (incluyendo atenciones programadas y de urgencia), y las Clínicas un 76% de éstas.

118. En primer lugar, los prestadores públicos se diferencian de los privados, en las coberturas y acceso que ofrecen los distintos tipos de aseguradoras. Para beneficiarios de Fonasa, la atención en la Red de Salud Pública tiene un costo significativamente menor¹⁸⁴, y la decisión de atenderse en el sector privado depende, principalmente, de su percepción respecto a la calidad de las atenciones y del tiempo de espera para la resolución del problema médico¹⁸⁵. Por otra parte, en el caso particular de la Región de Tarapacá, los usuarios de Isapre no tienen en la actualidad acceso al Hospital de Iquique para ser atendidos por prestaciones hospitalarias programadas. Lo anterior, dado que dicho servicio tiene una lista de espera superior a 500 días¹⁸⁶, y los beneficiarios de Fonasa tienen un derecho de atención preferente en la Red de Salud Pública¹⁸⁷. Así, a la fecha, la única posibilidad de atención en el Hospital de Iquique por parte de beneficiarios de Isapre sería vía urgencia.

119. Además, existen antecedentes de que, para un grupo relevante de pacientes, los servicios ofrecidos por la Red de Salud Pública no serían considerados como sustitutos cercanos de los servicios ofrecidos en el sector privado¹⁸⁸. En efecto, ello es consistente con los resultados de la Encuesta Activa Research, la que muestra que el 79% de los beneficiarios de Isapre que se atendieron por una prestación hospitalaria en la Clínica Iquique o Tarapacá, no considera como alternativa al Hospital de Iquique ante indisponibilidad completa de su prestador. Para el caso de los beneficiarios de Fonasa, un 67% de los encuestados no lo consideró como opción a las Clínicas.

120. En consecuencia, en el escenario actual, resulta difícil sostener que el Hospital de Iquique sea un competidor relevante de las Clínicas para prestaciones hospitalarias programadas respecto de beneficiarios de Isapres o de Fonasa. Sin embargo, en cuanto a prestaciones de urgencia que se brindan en prestadores de atención cerrada, –como se verá *infra*– al haber acceso para beneficiarios de Isapre y Fonasa, y no existir lista de espera, se ha considerado que el Hospital de Iquique efectivamente podría ejercer presión competitiva. Del mismo modo, respecto a las prestaciones ambulatorias, los antecedentes de la Investigación dan cuenta que los establecimientos de la Red de Salud Pública sí competirían con las Clínicas para

¹⁸⁴ Entre un 0% y un 20% de copago. En cambio, si se atienden en el sector privado, el copago dependerá del nivel de inscripción de dichos prestadores (Fonasa Nivel 1, 2 o 3) variando el porcentaje de bonificación entre un 50% y un 31%. Para los días cama y derecho de pabellón, los prestadores privados tienen libertad tarifaria, lo que en la práctica significa para las Clínicas una cobertura de Fonasa en torno al 2-3%. Para el caso de prestaciones paquetizadas, la bonificación varía dependiendo de la prestación entre un 60% y un 80%.

¹⁸⁵ De acuerdo a la Encuesta Activa Research, el 34% de los beneficiarios de Fonasa que se atendieron en la Clínica Iquique o Tarapacá, no se atendería en el Hospital de Iquique en atención a aspectos vinculados con la calidad de la atención. Otra variable relevante es el tiempo de espera, que fue señalado como razón por la cual no se atendería en dicho hospital por el 19% de los beneficiarios de Fonasa encuestados.

¹⁸⁶ Respuesta de Servicio de Salud Iquique a Oficio Ord. N°0655, a fojas 489 del Expediente F178.

¹⁸⁷ Según lo explicitado en la Sección II.

¹⁸⁸ Véase resultados de la Encuesta a fojas 1066 del Expediente F178. Es pertinente señalar que, como se detalla en la Sección IV del presente Informe, la preferencia declarada indica la primera intención de sustitución de los encuestados, lo que podría modificarse después de un estudio de las posibilidades reales de sustitución y de las condiciones de oferta. En este caso particular, las preferencias declaradas tienden a sobre estimar el acceso a otras alternativas distintas a las Clínicas.

beneficiarios de Fonasa, por cuanto no existirían problemas relevantes de tiempos de espera para el sector público y las diferencias de cobertura no serían tan relevantes como en el caso de las prestaciones hospitalarias. Por el contrario, para los beneficiarios de Isapre solo se considera los prestadores privados, debido a las restricciones de acceso.

121. Sin perjuicio de lo anterior, resulta necesario considerar cómo estas conclusiones podrían variar en virtud de dos cambios proyectados en cuanto a los prestadores de salud de la Región de Tarapacá, a saber: (i) el Hospital de Iquique tiene programada la reapertura de la unidad de Pensionado, con capacidad de 12 camas¹⁸⁹⁻¹⁹⁰⁻¹⁹¹ (“**Unidad de Pensionado**”); y (ii) la entrada en operación proyectada para fines del segundo semestre del año 2022 de un nuevo hospital en la comuna de Alto Hospicio (“**Hospital de Alto Hospicio**”)¹⁹², el cual incrementaría la oferta de servicios hospitalarios en la Región de Tarapacá.

122. En relación al Pensionado, de acuerdo a los antecedentes aportados por el Hospital de Iquique, esta unidad estaría destinada a disminuir la lista de espera de la Red de Salud Pública de la Región de Tarapacá, lo que se haría por la vía de ofrecer a los pacientes ya hospitalizados la posibilidad de utilizar esta capacidad adicional, que ofrece mayor comodidad, a cambio de un copago¹⁹³, por lo que, en principio, es razonable sostener que la Unidad de Pensionado no le ejercería presión competitiva relevante a las Clínicas.

123. Al respecto, Red Interclínica solicitó tener en consideración que¹⁹⁴, de acuerdo al Plan Estratégico del Hospital de Iquique, la Unidad de Pensionado tendría por fin

¹⁸⁹ Documento “Propuesta Pensionado final”, acompañado en respuesta del Hospital de Iquique a Oficio Ord. N°1726, mediante correo electrónico de Cristián Casanova, Jefe de Cobranzas y Recaudación del Hospital de Iquique, a fojas 1389 del Expediente F178, y Declaración Hospital de Iquique.

¹⁹⁰ Se proyecta que dichas camas sólo estarán disponibles para procedimientos médico quirúrgicos (no obstétricos). Respuesta del Hospital de Iquique al Oficio Ord. N°1726, acompañada mediante correo electrónico a fojas 1364 del Expediente F178.

¹⁹¹ Según los antecedentes tenidos a la vista, al 8 de noviembre de 2019, la unidad de Pensionado no había sido inaugurada. Véase respuesta de Raúl Romero, Director de Hospital de Iquique, a correo electrónico de fecha 7 de noviembre de 2019, a fojas 1568 del Expediente F178.

¹⁹² Respuesta de Servicio de Salud Iquique a Oficio Ord. N°0655, actualizada a noviembre de 2019, a fojas 1620 del Expediente F178.

¹⁹³ Declaración Hospital de Iquique: “(...) con el terremoto eso se ocupó con dependencias hospitalarias que hemos ido evacuando progresivamente, pero que, del pensionado antiguo, como Pensionado que vamos a abrir, va a ser casi una tercera parte. Solamente 12 camas de Pensionado, pero ese Pensionado va a estar dirigido solamente a pacientes, prácticamente, que sean hospitalarios e idealmente Fonasa, y va a ser usado por los médicos solamente del Hospital, como es la norma en Chile digamos. FNE: ¿Podemos ir por partes?, ¿a qué se refiere solo pacientes hospitalarios, en contra posición a...? Declarante: O sea, preferencia a pacientes que estén hospitalizados ya en el Hospital, que sean pacientes Fonasa, cierto. FNE 2: ¿Y se puede hacer esa distinción? Declarante: O sea... si tú tienes 1 cama y te dicen “tengo 3 ingresos, uno de un paciente que sale de la UCI, que es paciente Fonasa, traumatizado, y que necesita estar con la familia para recuperarse”, y vas a hacer el esfuerzo de mantenerlo en pensionados, y viene una cirugía de una vesícula de una Isapre determinada que está pidiendo cama, ¿a quién le vas a dar?, ¿cuál sería lo justo de darle la cama?, ¿cuál sería lo correcto de a quién darle la cama?”

En este mismo sentido, noticia de La Estrella de Iquique, de fecha 28 de abril de 2019, acompañada por Red Interclínica a fojas 1012 del Expediente F178: “la decisión de abrir nuevamente este servicio obedece a dos propósitos como son atender la necesidad de pacientes afiliados a Fonasa que no pueden acudir a una clínica privada pero sí están en condiciones de pagar el servicio en Pensionado, así como generar ingresos al hospital que permitan adquirir equipamiento y solucionar problemas internos (...)”; y respuesta del Hospital de Iquique al Oficio Ord. N°1726, acompañada mediante correo electrónico a fojas 1364 del Expediente F178.

¹⁹⁴ Véase Téngase Presente Red Interclínica I, pág. 3.

umentar los ingresos propios de dicho establecimiento, entregando oferta a pacientes particulares y beneficiarios de Fonasa. Además, la Compradora señala que en el período previo a su cierre, dicha unidad contaba con 21 camas y una ocupación de 57,8% lo que, a su parecer, demostraría que el Hospital de Iquique ejercería presión competitiva a las Clínicas en el escenario post Operación.

124. Al respecto, y a juicio de esta División, el Plan Estratégico del Hospital de Iquique al que hace referencia Red Interclínica sería consistente con los demás antecedentes tenidos a la vista por esta División, respecto a que el Pensionado no estaría destinado a dar acceso a beneficiarios de Isapre, sino que principalmente a atender beneficiarios de Fonasa¹⁹⁵. Por otra parte, el número de camas de dicha unidad en la situación previa al cierre ocurrido en 2014 no permite proyectar el número de camas que alcanzaría dicha el Pensionado en la actualidad, y no coincide con lo informado por el Hospital de Iquique.

125. Por otra parte, respecto a la posibilidad de que la Unidad de Pensionado efectivamente compita con las Clínicas por pacientes hospitalarios beneficiarios Fonasa, los antecedentes tenidos a la vista plantean dudas razonables en cuanto a la presión competitiva efectiva que podría ejercer dicha unidad a los prestadores privados.

126. En efecto, de acuerdo a los antecedentes acompañados por el Hospital de Iquique, los aranceles a los que accederán los usuarios de Fonasa serán en nivel 3 para todas las prestaciones codificadas, lo que es significativamente menor a los aranceles actuales para los beneficiarios de Fonasa usuarios de las Clínicas¹⁹⁶. Adicionalmente, los servicios de la futura Unidad de Pensionado cuentan con diversos lineamientos, entre los que se encuentran que los pabellones quirúrgicos sólo serían utilizados en un horario no hábil; que las prestaciones ofrecidas serán sólo médico quirúrgicas, no obstétricas; y que, en periodos de alta demanda de los servicios de sala común del Hospital de Iquique, se podrá disponer de las instalaciones de la Unidad de Pensionado¹⁹⁷.

127. Con todo, considerando las presentaciones de Red Interclínica¹⁹⁸, en la Sección IV se evalúa la Operación considerando un escenario extremo en que las 12 camas de la Unidad de Pensionado compiten directamente con la oferta que realizan las Clínicas, respecto a prestaciones hospitalarias programadas para pacientes

¹⁹⁵ En efecto, según consta en el documento "Propuesta Reapertura Subdepartamento Pensionado", de septiembre de 2019, la población objetivo del Pensionado correspondería a los "Beneficiarios Fonasa que viven en la Región de Tarapacá (...) que eligen atenderse en atención cerrada en Pensionado con profesionales inscritos en el rol de la modalidad libre elección de Fonasa". Documento acompañado en respuesta del Hospital de Iquique a Oficio Ord. N°1726, acompañada mediante correo electrónico de Cristián Casanova, Jefe de Cobranzas y Recaudación del Hospital de Iquique, a fojas 1389 del Expediente F178.

¹⁹⁶ Respuesta del Hospital de Iquique al Oficio Ord. N°1726, acompañada mediante correo electrónico a fojas 1364 del Expediente F178. Para pacientes de Isapre, se señala que "nunca serán menores a los aranceles de las Clínicas Privadas".

¹⁹⁷ Respuesta del Hospital de Iquique al Oficio Ord. N°1726, acompañada mediante correo electrónico a fojas 1364 del Expediente F178, y documento "Propuesta Pensionado final", acompañado en respuesta al mismo oficio, mediante correo electrónico de Cristián Casanova, Jefe de Cobranzas y Recaudación del Hospital de Iquique, a fojas 1389 del Expediente F178.

¹⁹⁸ Téngase Presente Red Interclínica I y Téngase Presente Red Inteclínica III.

beneficiarios de Fonasa, en las áreas médico-quirúrgicas distintas a obstetricia y maternidad.

128. Por otra parte, respecto al nuevo Hospital de Alto Hospicio, su entrada en operación se proyecta en un plazo superior a dos años, por lo que no implicaría un cambio en la composición de la oferta pública que pueda considerarse oportuna para efectos de un análisis de competencia¹⁹⁹.
129. En cualquier caso, aún si se considerara que los señalados cambios en la composición de prestadores públicos en Iquique fueran oportunos, y tendrían efectos en cuanto a reducir la lista de espera para atención en el Hospital de Iquique, mejorando de esta forma el atractivo de la alternativa pública para los beneficiarios de Fonasa, ellos difícilmente podrían considerarse como una real alternativa. Lo anterior, toda vez que –según la Encuesta Activa Research– la mayoría de los usuarios de las Clínicas que se cambiarían en caso de disminución de tiempo de espera del Hospital de Iquique, declaran que, para ser considerado como una opción, el máximo de espera debía ser menor a dos meses²⁰⁰, lo que no es consistente con los cambios proyectados.
130. En consideración a los antecedentes expuestos, es posible concluir que el Hospital de Iquique no ejercería un rol disciplinador ni presión competitiva suficiente a los actores privados, respecto a las prestaciones hospitalarias programadas, como para ser considerado dentro de un mismo mercado relevante. Sin perjuicio de ello, dicha presión competitiva será evaluada por esta División, en cuanto al análisis y determinación de los riesgos que la Operación conlleva.
131. Ahora bien, respecto a las prestaciones de urgencia, las distinciones antes señaladas se deben matizar, por cuanto, en estos casos, no existe lista de espera para los beneficiarios de Fonasa, y los beneficiarios de Isapre tienen acceso al Hospital de Iquique²⁰¹.
132. Sin embargo, y tal como se expuso en la Sección II, los prestadores de atención cerrada de servicios de urgencia de la Región de Tarapacá presentan ciertas diferenciaciones: (i) el Hospital de Iquique cuenta un mayor grado de resolutivez que las Clínicas para prestaciones complejas; y (ii) los tiempos de espera de la unidad de urgencias del Hospital de Iquique serían mayores que los de las

¹⁹⁹ De acuerdo en lo expuesto en la Sección V.C. *infra*, se espera que el Hospital de Alto Hospicio entre en funcionamiento a fines del segundo semestre del año 2022, por lo que actualmente no es posible considerar que la entrada de dicho servicio resulte oportuna para contrarrestar posibles efectos anticompetitivos, según los estándares de la Guía. Cabe considerar que la construcción de dicho hospital lleva un 24,96% de avance, y el proyecto inició el año 2013. Véase documento denominado “Informe Ejecutivo Proyecto Construcción Hospital de Alto Hospicio Mes de Octubre 2019”, acompañado por el Servicio de Salud Iquique en respuesta a Oficio Ord. N°0655, actualizada a noviembre de 2019, a fojas 1622 del Expediente F178.

²⁰⁰ De acuerdo a los resultados de la Encuesta Activa Research, sólo 3 de los 50 encuestados beneficiarios de Fonasa que manifestaron disposición a sustituir por el Hospital de Iquique, en caso de reducción de las listas de espera, señalaron plazos superiores, y en el caso de los beneficiarios de Isapre, solo 1 de 44.

²⁰¹ En atención a que el derecho de atención preferente para beneficiarios de Fonasa en la Red de Salud Pública, consagrado en el artículo 146 del DFL N°1, contempla como excepción la urgencia debidamente calificada.

Clínicas²⁰². En cualquier caso, dicha distinción no modifica los resultados del análisis del presente Informe.

3. Distinción según aseguradora de los usuarios: Isapre o Fonasa

133. Otra distinción importante se refiere al tipo de asegurador utilizado para financiar parcialmente las prestaciones de salud²⁰³. En particular, legalmente, ambos sistemas de seguros de salud son excluyentes entre sí, esto es, al momento de que un beneficiario decide afiliarse a un sistema, el otro queda excluido²⁰⁴, al menos en el corto plazo.

134. Al respecto, el Honorable Tribunal de Defensa de la Libre Competencia (“**TDLC**”) ha señalado que, para una parte significativa de la población, no existen posibilidades de movilidad entre Fonasa e Isapre, por cuanto usuarios de bajos ingresos y/o alto riesgo observable no tienen acceso al sistema de Isapres mientras que, por el contrario, aquellos con altos ingresos y/o bajo riesgo observable, no consideran a Fonasa como una alternativa relevante de elección²⁰⁵. De este modo, la sustitución entre estas aseguradoras no resultaría un elemento suficiente para efectos de considerar ambos segmentos como sustitutos cercanos desde el punto de vista de la demanda²⁰⁶.

135. Por su parte, desde el punto de vista de la oferta, en el caso de las Isapres, los aranceles se determinan a través de negociaciones con los prestadores²⁰⁷. Fonasa, en cambio, tratándose de la modalidad MLE, propiamente no negocia aranceles con los prestadores de salud privados: determina niveles de bonificación para los distintos servicios, y son los prestadores quienes deciden unilateralmente sus tarifas²⁰⁸, las que impactan en el flujo de usuarios que podrían demandar los servicios de los distintos prestadores.

²⁰² Según lo expuesto en la Sección II, el tiempo de espera promedio para casos menos graves en las unidades de urgencia de las Clínicas es menor a 30 minutos, mientras, que en el Hospital de Iquique asciende a 90 minutos. Respuestas Oficios Ord. N°1732, 1733, y 1726 a fojas 1360, 1372 y 1364 del Expediente F178, respectivamente.

²⁰³ Esta distinción no procede con respecto a aquellos usuarios que se atienden como particulares.

²⁰⁴ Tanto el artículo 19 N° 9, inciso final de la Constitución Política de la República, como el artículo 131 del DFL N° 1 consagran: “[l]a libertad de elegir el sistema de salud estatal o privado al cual cada persona desee acogerse”.

²⁰⁵ Véase TDLC, Sentencia N°57/2007, Requerimiento de la Fiscalía Nacional Económica contra Isapre ING S.A. y otros, Rol C77-05, Considerando 46, y Agostini, C., Saavedra, E. y Willington, M., Colusión en el Mercado de Isapres: Modelación y Evidencia Empírica. Véase, asimismo, TDLC, Sentencia N°145/2015, Requerimiento de la FNE contra la Asociación Gremial de Ginecólogos Obstetras de la Provincia de Ñuble y otros, Rol C265-13, Considerando 30.

²⁰⁶ Es pertinente señalar que si bien cambios en los ingresos de las personas pueden ocasionar migraciones entre Isapres y Fonasa, esto no significa que dichos seguros sean sustitutos para los beneficiarios, sino que ambas responden a perfiles de ingreso distintos que pueden variar en el tiempo.

²⁰⁷ La forma de modelar esta relación es equivalente a la utilizada para describir las negociaciones entre aseguradoras y prestadores en otras jurisdicciones. Véase Gaynor, M. y Pflum, K. (2017), Getting Market definition right: hospital merger cases and beyond. *Antitrust Chronicle*. 1. 31-39.

²⁰⁸ De acuerdo a lo señalado en la Sección II, para prestaciones ambulatorias, el prestador debe escoger algún nivel de atención (1, 2 o 3) lo que determina un arancel y una bonificación para cada prestación. Respecto a las principales prestaciones hospitalarias no paquetizadas (días cama y derechos de pabellón), Fonasa ofrece un nivel de bonificación fijo para todo el país, y los prestadores definen su arancel. Finalmente, respecto de las prestaciones paquetizadas, Fonasa establece un arancel fijo, al cual las Partes pueden adherir o no.

136. En el mismo orden, la aseguradora pública y las aseguradoras privadas también difieren en cuanto al acceso, cobertura y aranceles. En términos generales, Fonasa ofrece mejor acceso que las Isapres a la Red de Salud Pública²⁰⁹, mientras que las Isapres ofrecen una mayor cobertura para prestaciones del sistema privado que Fonasa²¹⁰. Por último, según ya se expuso, los aranceles ofrecidos por las Clínicas para beneficiarios de cada aseguradora son diferentes²¹¹.

137. Todo lo anterior confirma que corresponde considerar ambos segmentos como mercados separados para el análisis de la Operación.

4. Distinción por contexto en que se otorga la prestación: atención programada y urgencia

138. Tal como fue señalado en la Sección II, las prestaciones de salud pueden ser prestadas en dos contextos, uno programado y otro de urgencias.

139. Con respecto a esta distinción, las Partes consideraron urgencia como un mercado relevante separado de prestaciones hospitalarias y ambulatorias, debido a la necesidad de inmediatez en la prestación del servicio y el hecho de que se requiera infraestructura y personal especialmente destinado al efecto, las 24 horas del día²¹².

²⁰⁹ Según se señaló *supra*, los beneficiarios de Fonasa tienen preferencia de atención en la Red de Salud Pública y tienen una cobertura establecida según tramo de ingresos. Los beneficiarios de Isapre, en cambio, no pueden ser atendidos para hospitalizaciones programadas, en cuanto exista lista de espera. A mayor abundamiento, de acuerdo a información aportada por Fonasa en respuesta al Oficio Ord. N°1344, a fojas 992 del Expediente F178, el gasto en salud de Fonasa del año 2018 para prestaciones hospitalarias de usuarios de prestadores de salud de la Región de Tarapacá, correspondió en un 94,2% a MAI (para financiar la Red de Salud Pública) y el 5,8% a MLE (correspondiente a usuarios de Fonasa que optan por atenderse en el sistema privado).

²¹⁰ Según se señaló *supra*, la bonificación para beneficiarios de Isapre en el sector privado varía normalmente entre 60 y 80% del valor de las prestaciones hospitalarias y entre un 50% y 60% para las ambulatorias, según se haya acordado con el prestador. Para el caso de Fonasa, si se atienden en el sector privado, el copago dependerá del nivel de inscripción de dichos prestadores (Fonasa nivel 1, 2 o 3) variando el porcentaje de bonificación entre un 50% y un 31%. Para los días cama y derecho de pabellón, los prestadores privados tienen libertad tarifaria, lo que en la práctica significa para las Clínicas una cobertura de Fonasa en torno al 2-3%. Para el caso de prestaciones paquetizadas, la bonificación varía dependiendo de la prestación entre un 60% y un 80%. A mayor abundamiento, de acuerdo a la información aportada por las Isapres, en respuesta a Oficio Ord. N°0656 (Colmena), Oficio Ord. N°0657 (Cruz Blanca), Oficio Ord. N°0658 (Vida Tres), Oficio Ord. N°0659 (Banmédica), Oficio Ord. N°0660 (Consalud), y Oficio Ord. N°0661 (Nueva Masvida), a fojas 448, 458 y 504, 440 y 497, 436 y 501, 453, y 492 del Expediente F178, respectivamente, el 92% del gasto en salud de afiliados a Isapre del año 2018, considerando la bonificación de las aseguradoras y el copago de los usuarios, para prestaciones hospitalarias de usuarios de prestadores de la Región de Tarapacá, correspondió al sistema privado de salud. Se considera que corresponden a prestaciones hospitalarias aquellas comprendidas en los grupos 2 (días cama) y desde el 11 al 21, de la clasificación de prestaciones por códigos de Fonasa.

²¹¹ Para las mismas prestaciones, los aranceles de Fonasa y de Isapre tienen diferencias relevantes; sin embargo, dichos valores no serían directamente comparables dado que, según información acompañada por las Partes, los aranceles de Fonasa comprenderían conceptos adicionales a aquellos convenidos con Isapres. Por ejemplo, para las prestaciones día cama y derecho a pabellón para beneficiarios de Fonasa, se incorporan insumos y medicamentos relacionados a cada código de prestación.

De cualquier modo, de acuerdo a la información aportada por las Partes se observa una diferencia relevante respecto del margen promedio que obtienen las Clínicas por cada paciente, siendo mayor en caso de beneficiarios de Isapre [34]. Véase respuestas de Red Interclínica a Oficios Ord. N°1089 y N°1479, a fojas 719 y 980, respectivamente, del Expediente F178; y respuestas de Red Salud a Oficios Ord. N°1088 y N°1480, a fojas 724 y 973, respectivamente, del Expediente F178.

²¹² Notificación, pág. 53-54.

140. Al respecto, resulta ilustrativo que en esta materia la jurisprudencia comparada considere las prestaciones “*non-elective / emergency*” (urgencias) como un mercado relevante distinto de las “*elective*” (electivas o programadas), caracterizándolas como prestaciones no programadas, cuya necesidad no es predecible y surge con poca antelación²¹³.
141. Lo anterior coincidiría con los antecedentes que constan en el Expediente F178, dado que las prestaciones de urgencia ofrecidas por las Clínicas, aun siendo las mismas que se prestarían en un contexto programado, tienen en algunos casos aranceles diferenciados²¹⁴. Además, las condiciones bajo las cuales se destina el personal de salud y las instalaciones para la atención de los pacientes de urgencia serían distintas a las de atenciones programadas²¹⁵. Es relevante señalar que, como se verá más adelante, en el marco de atenciones de urgencias se otorgan tanto prestaciones de carácter hospitalario como ambulatorio²¹⁶.
142. Lo anterior justificaría que, para efectos de este análisis, las prestaciones programadas y urgencias sean consideradas como mercados relevantes distintos. Con todo, la posibilidad de subsegmentar según si el usuario es beneficiario de Isapre o Fonasa, no resulta relevante para el análisis de urgencia en el contexto de la Investigación, dado que no modifica las conclusiones del análisis.

5. Distinción según tipo de prestación: hospitalaria y ambulatoria

143. Una distinción adicional para determinar el ámbito de competencia relevante es el tipo de prestación, es decir, si se trata de prestaciones hospitalarias o ambulatorias. A juicio de esta División, esta segmentación se justifica ya que: (i) se trata de prestaciones de distinta naturaleza, donde no existe sustitución por el lado de la demanda; (ii) se ofrecen en diferentes condiciones y no siempre requieren de los mismos profesionales y/o insumos; y, (iii) los prestadores de atención abierta no tienen posibilidades de modificar su oferta hacia servicios hospitalarios de manera oportuna. En virtud de lo anterior, es razonable sostener que no existe sustitución por el lado de la oferta por parte de los prestadores abiertos hacia los cerrados.

²¹³ “Los servicios de urgencia son aquellos servicios no programados con anticipación, sino que surgen con poca antelación dado que la necesidad clínica y admisión es impredecible” Traducción libre. En original: “Non-elective services are services not scheduled in advance, but arise at short notice due to clinical need and admission is unpredictable.” CMA. 2015. Ashford and St Peter’s Hospitals NHS Foundation Trust/Royal Surrey County Hospital NHS Foundation, Caso ME/6511/14, párrafo 7.2. Si bien las prestaciones de urgencia en Reino Unido presentan diferencias con respecto al sistema nacional, debido a que en general los prestadores que ofrecen este tipo de servicios se dedican exclusivamente a esto, las características de la demanda –en relación al texto citado– son comunes en ambos sistemas.

²¹⁴ De acuerdo a lo informado por Red Interclínica, [35]. Respuesta de Red Interclínica a Oficio Ord. N°1479, a fojas 980 del Expediente F178.

²¹⁵ En efecto, las unidades de urgencia de las Clínicas cuentan con una dotación especial de profesionales, y con acceso en horario inhábil a instalaciones hospitalarias (pabellones quirúrgicos durante las 24 horas) y ambulatorias de apoyo al diagnóstico clínico (máquinas de imagenología y laboratorio de urgencia). Respuesta Red Salud al Oficio Ord. N°1480, a fojas 973 del Expediente F178; y respuesta Red Interclínica al Oficio Ord. N°1479, a fojas 980 del Expediente F178.

²¹⁶ Conforme a los antecedentes de la Investigación, las prestaciones de urgencia que terminan en hospitalización corresponden a un bajo porcentaje del total de prestaciones de urgencia. Sin embargo, existen situaciones que no terminan en hospitalización, respecto de las cuales los usuarios no consideran que prestadores de atención abierta son sustitutos cercanos, debido a no es conocido *ex ante* el resultado de los servicios (véase Sección VIII del presente Informe).

144. En concordancia con lo anterior, el entendimiento común del mercado respecto de los servicios ofrecidos es utilizar las categorizaciones de prestaciones de acuerdo a los códigos Fonasa, diferenciando entre hospitalarias y ambulatorias. Esta distinción no es controvertida por las Partes en su Notificación²¹⁷.
145. Asimismo, la jurisprudencia comparada²¹⁸ y la literatura especializada²¹⁹ distinguen entre prestaciones “*inpatient*” (hospitalarias) y “*outpatient*” (ambulatorias). Sin perjuicio de lo anterior, es pertinente señalar que las autoridades de competencia a nivel comparado suelen utilizar como mercado relevante *clusters* de prestaciones por especialidad que presenten similitudes que las hacen sustituibles desde el punto de vista de la oferta²²⁰. Dicha aproximación sería adecuada para aquellos casos en que existen diversos oferentes que se especializan en distintas áreas de la salud, por lo que el análisis de concentración de mercado variaría según *cluster* de servicios.
146. Así, con respecto a prestaciones hospitalarias, esta División no ha considerado necesario realizar segmentaciones adicionales por *cluster* o grupos de prestaciones, ya que independiente de las especialidades que ofrece cada una de las Clínicas, son los únicos prestadores privados de atención cerrada en el mercado relevante geográfico. Por lo tanto, la distinción por *cluster* no varía las conclusiones del presente Informe.
147. Sin embargo, con respecto a prestaciones hospitalarias para beneficiarios Fonasa que optan por modalidad MLE, se consideró apropiado distinguir según si las prestaciones se ofrecen de manera paquetizada o no, debido a que las posibilidades de afectar variables competitivas por parte de los prestadores difieren en cada caso²²¹.
148. En relación a las prestaciones ambulatorias, a juicio de esta División, y para los efectos de este Informe, procede definir un mercado relevante de exámenes de laboratorio y otro de imagenología por separado²²². Esto se debe a que, si bien exámenes de laboratorio e imagenología comparten el objetivo final de detectar

²¹⁷ Véase Sección V. de la Notificación.

²¹⁸ Por ejemplo, véase Guía CMA Hospitales; CMA. 2017. Central Manchester University Hospitals / University Hospital of South Manchester, Caso ME/6653/16; FTC Complaint in re The Penn State Hershey Medical Center/ PinnacleHealth System No D-9368 (FTC Filed Dec. 14, 2015); FTC Complaint in re OSF Healthcare System/ Rockford Health System No D-9349 (FTC Filed Nov. 18, 2011); FTC Complaint in re ProMedica Health System No D-9346 (FTC Filed Jan. 6, 2011).

²¹⁹ American Bar Association. (2018) Health Care Mergers and Acquisitions Handbook, Second Edition, pág. 27-31; Gaynor, M. y Pflum, K. (2017) Op. Cit. 31-39; Schmid, A. and Varkevisser, M. (2016) Op. Cit., pág. 16-25.

²²⁰ Al respecto, véase: CMA. 2017. Central Manchester University Hospitals / University Hospital of South Manchester, Caso ME/6653/16; CMA. 2015. Ashford and St Peter's / Royal Surrey County, Caso ME/6511/14; FTC Complaint in re The Penn State Hershey Medical Center/ PinnacleHealth System No D-9368 (FTC Filed Dec. 14, 2015); Oxera. 2011. Techniques for defining markets for private healthcare in the UK. Literature Review. Prepared for the Office of Fair Trading.

²²¹ Tal como se señaló en la Sección II, los aranceles PAD se fijan a nivel nacional por Fonasa y no se negocian con los prestadores.

²²² Las consultas médicas se omiten del análisis, por cuanto no formarían parte de la Operación, de acuerdo a lo informado por las Partes en respuesta a Oficio Ord. N°0954 y 0956, a fojas 632 y 643 del Expediente F178.

enfermedades, vigilar tratamientos, establecer diagnósticos y ratificarlos²²³, no comparten el objetivo particular relativo a cada diagnóstico, y requieren de insumos distintos que no son sustitutos entre sí desde el lado de la oferta²²⁴⁻²²⁵.

149. A su vez, esta División considera que en el contexto de imagenología, corresponde definir como mercados relevantes los diferentes tipos de exámenes, consistentes en exámenes radiológicos simples, exámenes radiológicos complejos, scanner, ecotomografías y resonancia magnética²²⁶. Lo anterior, debido a que además de la dificultad (e improcedencia) de sustituir entre exámenes por parte del paciente, tampoco existiría sustituibilidad desde el lado de la oferta entre ellos, ya que para cada tipo de examen de imagenología, se requiere de distintos equipos, de acuerdo a los antecedentes de la Investigación²²⁷⁻²²⁸.

150. Por otro lado, hay casos en que los servicios ambulatorios son considerados hospitalarios, al ser otorgados a beneficiarios que se encuentran hospitalizados. Para efectos del presente análisis, esta División ha considerado que tales prestaciones son hospitalarias, pues no existiría verdadera presión competitiva de prestadores abiertos para un porcentaje importante de las ventas de las Partes, sino que se trata de prestaciones que deben necesariamente prestarse en el contexto de la hospitalización, y en dicho centro asistencial.

151. Tal como se señaló en el apartado anterior, para las prestaciones de urgencia se considera necesario distinguir entre aquellas que no requieren hospitalización posterior –que por lo mismo pueden ser brindadas por centros de atención abierta– y aquellas que sí requieren hospitalización y solo pueden ser atendidas en centros de salud cerrada. Lo anterior, en atención a las mismas razones esgrimidas respecto a atenciones programadas.

²²³ Notificación, pág. 34.

²²⁴ Respuestas a Oficio Circular Ord. N°0066, el cual consta a fojas 1019 del Expediente F178 y a Oficio Circular Ord. N°0067, el cual consta a fojas 1023 del Expediente F178; y declaración de Hrvoj Ostojic Peric, Gerente General de Laboratorios Clinicum, a fojas 1009 del Expediente F178.

²²⁵ Si bien en la Resolución Rol N°2167-12, emitida por la FNE con fecha 11 de febrero de 2013, “Adquisición Sonorad por parte de Cruz Blanca”, se considera que la prestación de exámenes de laboratorio y procedimientos de imagenología como parte de un mismo mercado relevante, se llegó a dicha conclusión exclusivamente para los efectos de la referida investigación, tal como consta en el Considerando Segundo de la resolución citada. Para la presente Investigación, las condiciones particulares del mercado justifican la subsegmentación planteada.

²²⁶ Estas categorías corresponden a los subgrupos 1, 2, 3, 4 y 5 respectivamente, dentro del grupo 4 (imagenología) de aranceles Fonasa.

²²⁷ Para dichas prestaciones se requiere de distintos equipos, consistentes en [36], respectivamente. Respuestas a Oficio Circular Ord. N°0066, el cual consta a fojas 1019 del Expediente F178, y respuesta de Centro Radiológico Prat a Oficio Ord. N°1574, a fojas 1027 del Expediente F178. Con respecto a los exámenes radiológicos simples y complejos, si bien existe la opción de compra de un equipo integrado, que abarca el fluoroscopio y equipo de rayos osteo-pulmonar, lo habitual es que los proveedores de equipos lo oferten por separado. Además, para la prestación de exámenes radiológicos complejos se requiere: (i) personal especializado en la realización de los estudios y competencias específicas del médico radiólogo que informa los exámenes; (ii) autorización sanitaria especial –en atención a que los requerimientos y exigencias son distintos, al tratarse de estudios de alta complejidad; e (iii) insumos extras (bario, contraste endovenoso, sondas nasogastricas, sondas vesicales). Respuesta de Felipe Torres, Gerente General de Centro Radiológico Prat, a solicitud de información en relación a su declaración presentada ante esta Fiscalía, a fojas 1461 del Expediente F178.

²²⁸ Resulta innecesario realizar la misma distinción por subgrupos en exámenes de laboratorio, ya que en este caso sí existe cierto grado de sustituibilidad en la oferta entre subgrupos. Esto, en base a la descripción de la industria de la declaración de Hrvoj Ostojic Peric, Gerente General de Laboratorios Clinicum, a fojas 1009 del Expediente F178, y respuestas a Oficio Circular Ord. N°0067, el cual consta a fojas 1023 del Expediente F178.

6. Conclusión mercado relevante del producto

152. En definitiva, a raíz de las segmentaciones expuestas, esta División consideró los siguientes mercados relevantes de producto:

- i. Mercado de negociación entre servicios públicos y prestadores privados para efectos de derivación de pacientes al extrasistema.
- ii. Mercado de negociación de prestaciones GES con Isapres.
- iii. Mercados para cada convenio negociado entre prestadores privados y: (i) FFAA y de Orden, (ii) mutuales de seguridad, y (iii) otras instituciones.
- iv. Mercado de prestaciones hospitalarias programadas para pacientes de Isapre.
- v. Mercados para prestaciones ambulatorias programadas para pacientes de Isapre, distinguiendo por categoría: (i) exámenes radiológicos simples, (ii) exámenes radiológicos complejos, (iii) scanner, (iv) ecotomografías, (v) resonancia magnética y (vi) exámenes de laboratorios.
- vi. Mercados de prestaciones hospitalarias programadas para pacientes de Fonasa: (i) con respecto a prestaciones paquetizadas; y, (ii) con respecto a prestaciones no paquetizadas.
- vii. Mercados para prestaciones ambulatorias programadas para pacientes de Fonasa, distinguiendo por categoría: (i) exámenes radiológicos simples, (ii) exámenes radiológicos complejos, (iii) scanner, (iv) ecotomografías, (v) resonancia magnética y (vi) exámenes de laboratorios.
- viii. Mercados de prestaciones de urgencia, distinguiendo entre: (i) ambulatorio, y (ii) hospitalario.

III.B. Mercado geográfico

153. Los mercados geográficos se definen en consideración de la menor área geográfica en la cual un monopolista hipotético podría ejercer poder de mercado respecto del producto o grupo de productos relevantes²²⁹. En ciertos casos se puede utilizar información respecto al perfil residencial de los demandantes para estimar áreas de influencia de las partes de una operación de concentración. Esto permite inferir los oferentes que con mayor probabilidad podrían estar dentro del ámbito geográfico de sustitución de sus clientes²³⁰.

²²⁹ Al respecto véase Guía, pág. 11.

²³⁰ En casos donde existen costos de transporte elevados para los usuarios y no hay posibilidades de arbitraje, los mercados geográficos pueden aproximarse a partir del análisis de áreas de influencias de los oferentes (*catchment area*), que consisten en las zonas delimitadas por un radio que agrupa la mayor proporción de los consumidores para cada productor (generalmente el 80% de ellos), y que se relacionan con la distancia que están dispuestos a recorrer los usuarios para proveerse del bien o servicio ofrecido. La FNE ha utilizado este criterio para la evaluación de operaciones de concentración, según consta en los siguientes documentos: Informe de Aprobación Rol FNE F157-2018, Casino de Juegos del Pacífico S.A., Casino Gran Los Ángeles S.A., San Antonio Hoteles II SpA/Enjoy S.A. y Enjoy Gestión Limitada; Anexo 1 del Acuerdo Extrajudicial Rol 14, relativo a la investigación Rol FNE F71-2016, Cementos Polpaico S.A./Cementos Bicentenario S.A., e Informe de Archivo Rol FNE F1-2013, Adquisición de Colmena Golden Cross por Fondo Privado / LarrainVial. Esta última operación de concentración implicaba relaciones de propiedad entre Clínica Las Condes y Clínica San Carlos de Apoquindo.

154. Esta aproximación ha sido utilizada en la jurisprudencia comparada para la determinación de mercados geográficos en casos de operaciones de concentración entre prestadores de salud²³¹. Sin embargo, atendidas las particularidades de estos mercados, ciertas técnicas tradicionales basadas en áreas de influencia pueden resultar insuficientes²³². Es necesario entonces que las técnicas que se empleen para su definición capturen las características de los mercados de producto definidos *supra*, tales como la heterogeneidad de los usuarios y de los prestadores; y la especial importancia de la calidad como parámetro de competencia²³³.

155. En este contexto, y para los efectos del análisis de la Operación, esta División ha definido los mercados relevantes geográficos sobre la base de los patrones de sustitución de los usuarios de las Clínicas hacia prestadores fuera de la ciudad de Iquique²³⁴. En los casos de prestaciones hospitalarias programadas, dichos resultados se contrastan con la aplicación del indicador de Elzinga-Hogarty (“E-H”), el cual considera dos elementos: (i) el área de influencia de los prestadores; y (ii) el flujo de usuarios del área candidata que demanda servicios de prestadores localizados fuera del ámbito geográfico que se evalúa²³⁵.

156. Atendidas las críticas que ha recibido la versión original de este indicador²³⁶, por sobreestimar el área del mercado relevante, esta División ha aplicado el ajuste

²³¹ En este sentido, véase, por ejemplo: CMA. 2015. Ashford and St. Peter’s Hospitals NHS Foundation Trust/Royal Surrey County Hospital NHS Foundation Trust, Caso ME/6511/14; y, CMA. 2017. Central Manchester University Hospitals/University Hospital of South Manchester, Caso ME/6653/16.

²³² Véase Oxera. (2011) Techniques for defining markets for private healthcare in the UK. Literature Review. Prepared for the Office of Fair Trading. pág. 19.

²³³ Véase Gaynor, M. (2006) Competition and Quality in Health Care Markets, Foundations and Trends in Microeconomics, vol 2, N° 6, pág. 441–508.

²³⁴ Se entiende que para los efectos de este Informe, la ciudad de Iquique comprende las comunas de Iquique y Alto Hospicio.

²³⁵ En específico, la aplicación usual del test E-H implica que copulativamente se verifiquen dos condiciones: (i) que los consumidores de fuera del área candidata, que demanden servicios de los proveedores dentro del mercado candidato, no representen más de un 25% o un 10% del total de las atenciones demandadas; y (ii) que el porcentaje de usuarios del área candidata que se atiende fuera de ella no sea superior a un 10% (criterio fuerte) o un 25% (criterio débil) del total de clientes de cada proveedor. Véase OECD (2016) Defining Geographic Markets Across National Borders, documento preparado por la Secretaría de la OECD para la Sesión III de la Reunión N°124 en Cooperación e Implementación, pág. 10, y Oxera (2011) Techniques for defining markets for private healthcare in the UK. Literature Review. Prepared for the Office of Fair Trading.

²³⁶ Este criterio ha sido fuertemente criticado, por cuanto los flujos de clientes entre distintas zonas no necesariamente se relacionan con los patrones de sustitución ante cambios de precios o condiciones comerciales. Adicionalmente esta herramienta no considera la heterogeneidad entre los consumidores, de modo que los usuarios que no se han desplazado, podrían no estar dispuestos a cambiar de prestador ante cambios marginales en las condiciones de oferta, mientras que aquellos que viajan ya consideran a los prestadores de la zona como una opción inferior. En otras palabras “El hecho de que algunos pacientes puedan salir del mercado geográfico candidato para recibir atención médica, no permite inferir que un número adicional relevante de pacientes, probablemente lo haría en respuesta a un aumento en precios. Este problema es conocido como la **“falacia de la mayoría silenciosa”**”. Traducción libre, énfasis agregado. En original: “Some patients may leave a candidate geographic market to seek care elsewhere, this fact may not support the inference that a significant number of additional patients would likely do so in response to a price increase. This issue is referred to as the ‘silent majority fallacy’”. American Bar Association (2018) Health Care Mergers and Acquisitions Handbook, Second Edition, pág. 53. Adicionalmente, véase: Capps, C., Dranove, D. y Zabinski, Z. (2017) The long, slow decline of Elzinga-Hogarty and what comes after, Competition Policy International; Limits of the Elzinga-Hogarty Test in Hospital Mergers: The Evanston Case, International Journal of the Economics of Business, 18:1, 133-146.

En particular, las limitaciones del indicador E-H para determinar mercado geográfico aplicado a fusiones de hospitales han sido reconocidas incluso por Kenneth Elzinga, uno de los autores del test (Elzinga, K. y Swisher, A. (2011), Limits of the Elzinga-Hogarty Test in Hospital Mergers: The Evanston Case, International Journal of the Economics Business, 18:1, 133-146). Las críticas del test de E-H, en su versión original, dicen

propuesto por la agencia de competencia alemana (*Bundeskartellamt*) que subsana algunas de las limitaciones del indicador E-H²³⁷ como herramienta para definir mercados relevantes geográficos en operaciones de concentración entre prestadores de salud.

157. En cuanto a la definición aportada por las Partes, éstas han señalado que, en una visión conservadora, el mercado relevante geográfico correspondería a la Región de Tarapacá, sin realizar distinciones por mercado de producto²³⁸. Dicha definición se ve contrastada con el hecho, según lo indican las Partes, de la relevancia de ciertos factores de decisión de carácter nacional²³⁹.

158. A objeto de determinar el alcance del área geográfica, considerando el rol de las Isapres y otras instituciones en los mercados en los cuales éstas negocian convenios de salud para sus beneficiarios²⁴⁰, esta División utilizó información cualitativa para evaluar los elementos que influyen en la determinación de las condiciones comerciales en que se transan los servicios hospitalarios.

159. Como se expone en lo sucesivo, esta División ha considerado que los mercados geográficos relevantes serían locales, delimitados por los costos de transporte, monetarios y no monetarios²⁴¹, que enfrentan los demandantes²⁴². La amplitud del ámbito geográfico para sustituir entre prestadores se encuentra relacionada con la definición del mercado del producto, siendo más estrechos en la medida que los costos de transporte representen un mayor porcentaje del valor de las prestaciones²⁴³. En virtud de dichos elementos, esta División ha definido, para cada

relación con que supone implícitamente que el porcentaje de usuarios dispuestos a utilizar prestadores lejanos a su residencia sería un indicador de los patrones de sustitución que se observarían ante un cambio de las condiciones de oferta, lo que se ha demostrado que no se ajusta a la realidad para: (i) mercados de bienes diferenciados; y (ii) servicios hospitalarios. En este mismo sentido, véase Capps, C., Dranove, D. y Zabinski, Z. (2017) Op.Cit.; y, Improving Health Care: A Dose of Competition - A Report by FTC and The Department of Justice. (2004), disponible en: <<https://www.justice.gov/atr/improving-health-care-dose-competition-report-federal-trade-commission-and-department-justice#toc>> [última visita: 02.12.2019].

²³⁷ Véase Varkevisser, M., Schut, F. (2012) The impact of geographic market definition on the stringency of hospital merger control in Germany and the Netherlands. *Health Economics, Policy and Law*, 7, pág. 363–381.

²³⁸ Notificación, pág. 56: “Por estas razones, las Partes consideran que el mercado relevante geográfico corresponde a la Región de Tarapacá. Cabe destacar que esta delimitación del mercado relevante geográfico es sumamente conservadora, toda vez que es presumible que ésta pudiese ampliarse también a la Región de Arica y Parinacota y/o la Región de Antofagasta”.

²³⁹ En efecto, las Partes señalan que [*]. Conforme a lo señalado en la Notificación, pág. 148: **[37]**.

²⁴⁰ En el caso de los beneficiarios de Fonasa que utilizan la modalidad MLE, no existiría propiamente una negociación entre dicha aseguradora y los prestadores para la determinación de aranceles. Véase Sección III.

²⁴¹ Es pertinente señalar que por costo de transporte no se entienden solamente los desembolsos monetarios, sino que, principalmente, los costos no monetarios. Adicionalmente, en concordancia con la jurisprudencia comparada y con lo señalado en el Informe de Archivo del Rol FNE F1-2013, en casos donde los usuarios son más insensibles al precio, la localización del prestador es una variable competitiva que se torna muy relevante: “[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”.

²⁴² Internacionalmente se considera del mismo modo. Véase Gaynor, M., Ho, K. y Town, R. (2015) The Industrial Organization of Health-Care Markets. *Journal of Economic Literature*, Vol. 53, pág. 235-284.

²⁴³ Al respecto, véase Oxera, (2011) Op.Cit. pág. 6: “Es probable que la definición de mercado geográfico sea afectada por la definición de mercado de producto. Una hipótesis razonable podría ser que los pacientes estarían dispuestos a viajar diferentes distancias según el tipo de tratamiento. Por ejemplo, uno esperaría que los pacientes que requieren tratamientos complejos para una condición potencialmente mortal o especializada (diferente a urgencia), estarían dispuestos a viajar más lejos para recibir atención médica que los

mercado de producto analizado, que el área de influencia de la Operación no sería –para ninguno de ellos– más extenso que la ciudad de Iquique, sin perjuicio de la presión competitiva que prestadores de otras localidades pudieran ejercer, la que es considerada en la Sección IV al analizar riesgos.

1. Mercado geográfico de prestaciones hospitalarias programadas para beneficiarios de Isapre

160. En primer lugar, con el objetivo de determinar la zona geográfica en la cual compiten las Clínicas, se analizó el perfil residencial de sus usuarios para prestaciones hospitalarias programadas. Para ello se utilizó información de las Isapres respecto a las prestaciones demandadas por sus beneficiarios que hayan sido usuarios de las Clínicas, entre los años 2014 y 2018²⁴⁴.

161. Según se observa en la Tabla 4, los resultados muestran que durante el año 2018, el 77% de los usuarios de Clínica Iquique pertenecía a la comuna de Iquique, el 14% a Alto Hospicio²⁴⁵, y sólo el 10% de los pacientes residía fuera de la ciudad de Iquique. Por su parte, en el caso de la Clínica Tarapacá, los datos indicados evidencian una situación similar: el 72% de los usuarios de servicios hospitalarios de dicha clínica provenía de la comuna de Iquique, el 17% de la comuna de Alto Hospicio, y sólo un 11% de los pacientes tenía como origen una localidad distinta a la ciudad de Iquique.

pacientes que requieren un tratamiento relativamente menor y común.” Traducción libre. En original: “Geographic market definition is likely to be affected by the product market definition. A reasonable hypothesis would be that patients may be willing to travel different distances depending on the type of treatment. For example, one would expect patients requiring complex treatment for a life-threatening or specialized condition (other than emergencies) to be willing to travel further for medical care than patients who require only a relative minor and commonplace treatment (...).”

²⁴⁴ De acuerdo a la información aportada por las Isapres, en respuesta a Oficio Ord. N°0656 (Colmena), Oficio Ord. N°0657 (Cruz Blanca), Oficio Ord. N°0658 (Vida Tres), Oficio Ord. N°0659 (Banmédica), Oficio Ord. N°0660 (Consalud), y Oficio Ord. N°0661 (Nueva Masvida), a fojas 448, 458 y 504, 440 y 497, 436 y 501, 453, y 492 del Expediente F178, respectivamente. Para restringir la muestra solo a prestaciones hospitalarias, se consideraron prestaciones comprendidas en los códigos Fonasa 2 (días cama), desde el 11 al 21 (intervenciones quirúrgicas de especialidades) y 25 (prestaciones PAD).

²⁴⁵ Entre los años 2014 y 2017 se presentan porcentajes similares.

Tabla 4
Porcentaje de usuarios de servicios hospitalarios de las Clínicas, beneficiarios de Isapre, según comuna de residencia

Prestador	Comuna de residencia	2014	2015	2016	2017	2018
Clínica Iquique	Iquique	78,6%	78,1%	77,5%	78,4%	76,9%
	Alto Hospicio	13,1%	13,6%	14,0%	13,0%	13,6%
	Ciudad de Iquique	91,7%	91,7%	91,5%	91,4%	90,4%
	Pozo Almonte	1,7%	1,6%	1,1%	1,4%	1,5%
	Antofagasta	1,3%	1,0%	1,2%	1,2%	1,4%
	Otras comunas	5,3%	5,6%	6,2%	6,1%	6,7%
Clínica Tarapacá	Iquique	74,4%	74,9%	74,1%	72,4%	72,5%
	Alto Hospicio	14,6%	15,7%	16,5%	17,1%	16,7%
	Ciudad de Iquique	89,1%	90,6%	90,6%	89,6%	89,2%
	Pozo Almonte	2,1%	1,8%	1,4%	1,9%	1,9%
	Antofagasta	1,5%	1,5%	1,4%	1,5%	1,6%
	Otras comunas	7,3%	6,2%	6,6%	7,0%	7,3%
Clínicas de la ciudad de Iquique	Iquique	77,7%	77,4%	76,7%	76,8%	75,3%
	Alto Hospicio	13,4%	14,1%	14,6%	14,1%	14,7%
	Ciudad de Iquique	91,1%	91,5%	91,3%	90,9%	90,0%
	Pozo Almonte	1,8%	1,7%	1,1%	1,5%	1,6%
	Antofagasta	1,4%	1,1%	1,3%	1,2%	1,5%
	Otras comunas	5,7%	5,7%	6,3%	6,3%	6,9%

Fuente: Elaboración propia a partir de información aportada por las Isapres

162. En consecuencia, siguiendo el estándar usualmente utilizado para analizar áreas de influencia (es decir, que un 80% de los clientes reside en la zona definida)²⁴⁶, esta zona correspondería a la ciudad de Iquique.

163. Lo anterior, aplicado al test de E-H, significaría que la primera condición se cumple, en tanto que el 90% de los pacientes hospitalarios del mercado de producto definido como prestaciones hospitalarias programadas de pacientes beneficiarios de Isapre, provendría de la ciudad de Iquique.

164. Ahora bien, en cuanto a la segunda condición del test de E-H, en la siguiente tabla se observa que los prestadores privados de la ciudad de Iquique agrupan un 83,2% de los de los residentes de la ciudad de Iquique, usuarios de servicios de hospitalización programada de las Clínicas, durante el año 2018²⁴⁷. Ello significa que aún si se utiliza el estándar del indicador de E-H tradicional (i.e., que menos de un 25% de los usuarios migre para obtener servicios de prestadores fuera del área)²⁴⁸,

²⁴⁶ Véase informes de las investigaciones Rol FNE F157-2018 y Rol FNE F71-2016 y para el Reino Unido, CMA. 2015. Ashford and St Peter's Hospitals NHS Foundation Trust/Royal Surrey County Hospital NHS Foundation Trust, Caso ME/6511/14; y, CMA. 2017. Central Manchester University Hospitals/University Hospital of South Manchester, Caso ME/6653/16.

²⁴⁷ Para los efectos de esta Sección, en lo sucesivo, se considerarán como residentes de Iquique a aquellas personas que, residiendo en dicha ciudad, recibieron atención hospitalaria en las Clínicas, entre los años 2014 y 2018.

²⁴⁸ Véase Varkevisser, M., Schut, F. (2012), Op.Cit.

que suele sobreestimar el alcance del mercado, el ámbito geográfico en el que la Operación genera efectos competitivos correspondería a la ciudad de Iquique.

Tabla 5
Porcentaje de usuarios residentes en Iquique,
según ciudad del prestador privado

Ciudad prestador	2014	2015	2016	2017	2018
Iquique	85,0%	84,3%	84,9%	84,8%	83,2%
Santiago	13,1%	13,6%	13,1%	13,2%	15,0%
Otras ciudades	1,9%	2,1%	2,0%	2,0%	1,8%

Fuente: Elaboración propia a partir de información aportada por las Isapres

165. Para morigerar los defectos del indicador original de E-H, la *Bundeskartellamt* ha diseñado una modificación, que: (i) considera únicamente las migraciones desde y hacia los prestadores involucrados en la operación de concentración²⁴⁹; y (ii) no utiliza un umbral fijo para determinar mercado geográfico, sino que toma en consideración las características específicas del mercado, en particular la existencia de un flujo mutuo y significativo de pacientes entre las zonas candidatas²⁵⁰.
166. Al respecto, esta División analizó cualitativamente a los usuarios que viajan a Santiago, dado que es el principal destino de los usuarios residentes en Iquique que utilizan prestadores fuera de dicha ciudad. Según se observó, éstos tienen un perfil diferenciado respecto a los usuarios que no demandan dichos servicios en Santiago. Con todo, un 80% del total de los usuarios de servicios de hospitalización en la ciudad de Iquique, no ha demandado servicios hospitalarios en Santiago entre los años 2014 y 2018. Las principales diferencias encontradas por esta División entre ambos grupos de usuarios se enumeran en los párrafos siguientes.
167. Los usuarios que han utilizado servicios hospitalarios en Santiago, por lo general tienen un bajo uso de las Clínicas (14,8% de su gasto total en prestaciones hospitalarias el año 2018). En particular, Clínica Tarapacá no sería un actor relevante para este grupo de usuarios, por cuanto representaría menos de un 3% de su gasto en hospitalizaciones, como refleja la siguiente tabla:

²⁴⁹ En este caso, dado que las Clínicas son los únicos dos actores del mercado geográfico candidato, dicha modificación no tendría efectos sobre lo analizado *supra*.

²⁵⁰ Varkevisser, M., Schut, F. (2012) Op.Cit. pág. 8: "En primer lugar, al computar las salidas, la *Bundeskartellamt* no considera los flujos de pacientes hacia todos los hospitales del mercado geográfico hipotético, sino que solo toma en cuenta los pacientes que viajan hacia los hospitales que se fusionan. La segunda diferencia entre el test de E-H y el enfoque de la *Bundeskartellamt* consiste en que esta última se basa en consideraciones pragmáticas, incluyendo características específicas del caso, en lugar de umbrales fijos. De las decisiones de la *Bundeskartellamt* se desprende que, en general, solo se considerarán potencialmente en el mercado relevante las áreas desde las cuales viaja un porcentaje sustancial de pacientes. (Kallfass y Kuchinke, 2006). Esto implica que se requiere que los flujos de pacientes entre las dos áreas sean sustanciales". Traducción libre. En original: "(...) First, when computing the export of hospital services, the BKA does not aggregate patient inflows to all hospitals within the hypothesised geographic market, but rather takes into account only patients travelling to the merging hospitals (...) The second difference between the E-H test and the BKA's approach is that the latter is based on pragmatic considerations, including case-specific characteristics, rather than fixed thresholds. From the BKA's decisions, it follows that generally only areas from which a substantial percentage of patients travel to one of the merging hospitals are potentially included in the relevant market (Kallfass and Kuchinke, 2006). That is, mutual patient flows between both areas need to be substantial".

Tabla 6
Porcentaje de ventas totales en servicios hospitalarios de clínicas,
para residentes de Iquique que se han atendido en la ciudad de Santiago

Prestador	2014	2015	2016	2017	2018
Santiago	81.6%	79.9%	80.8%	79.9%	82.4%
Clínica Las Condes	18.0%	17.1%	15.4%	14.9%	11.5%
Clínica Alemana	14.1%	12.1%	9.9%	12.2%	9.9%
Clínica Universidad Católica	11.0%	11.3%	7.9%	8.0%	9.5%
Santa María	8.8%	7.6%	11.3%	7.7%	10.5%
Clínica Tabancura	6.4%	6.2%	8.9%	6.4%	8.6%
Clínica Indisa	7.0%	5.2%	5.4%	4.6%	5.7%
Clínica Avansalud	4.0%	4.6%	4.9%	4.1%	5.5%
Otros prestadores	12.4%	16.0%	17.1%	22.1%	21.2%
Iquique	17.0%	18.1%	15.2%	15.5%	14.8%
Clínica Iquique	16.0%	16.3%	13.5%	13.3%	12.2%
Clínica Tarapacá	1.0%	1.7%	1.7%	2.2%	2.7%
Otras ciudades	1.4%	2.0%	4.0%	4.7%	2.8%

Fuente: Elaboración propia a partir de información aportada por las Isapres

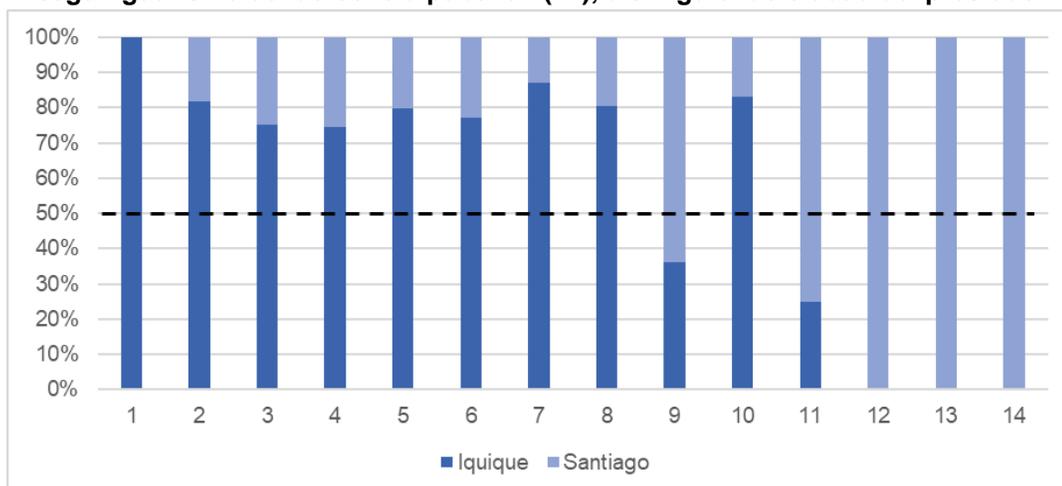
168. Lo anterior contrasta con las preferencias de quienes no han utilizado servicios hospitalarios en Santiago, durante el período analizado. En efecto, para este tipo de usuarios, según la información de Isapres del año 2018, las Clínicas representaron un 93,8% del gasto total en este tipo de prestaciones, representando Clínica Iquique un 65,3% y Clínica Tarapacá un 28,5% del gasto total de los usuarios por este tipo de servicios.

169. Por otra parte, las prestaciones realizadas en Iquique también tienen características diferentes a las que demandan los residentes de dicha ciudad en Santiago. De acuerdo a la información de las Isapres, se observa que las atenciones más complejas tienden a realizarse con una mayor frecuencia en Santiago, lo que se expresa en el tipo de pabellón que se utiliza para prestaciones que requieran quirófano²⁵¹, como se muestra en la siguiente figura.

²⁵¹ Un guarismo corresponde a un número adicional al código Fonasa, que indica la mayor o menor complejidad de las intervenciones que se realizan en un determinado pabellón. Los guarismos superiores o iguales al 5 corresponden a quirófanos o pabellones, y se tratan de prestaciones hospitalarias, mientras que las prestaciones correspondientes a los guarismos 1 a 4 se realizan en salas de procedimiento, por lo que también pueden realizarse en contexto ambulatorio (por ejemplo, intervenciones quirúrgicas dermatológicas, biopsias, curaciones, abscesos, raspado uterino). Resolución Exenta N°277 de Fonasa, de fecha 6 de mayo de 2011, que Establece Normas Técnico Administrativas para la Aplicación del Arancel en la Modalidad de Libre Elección, disponible en: <<https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/prestadores/modalidad-libre-eleccion>> "Aranceles MLE" [última visita: 02.12.2019], y Compendio de Instrumentos Contractuales de la Superintendencia de Salud, disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/portal/articulos-6676_recurso_1.pdf> [última visita: 02.12.2019].

Figura 5

Porcentaje de atenciones realizadas por residentes de Iquique durante el año 2018, según guarismo del derecho a pabellón (N°), distinguiendo ciudad del prestador



Fuente: Elaboración propia a partir de información aportada por las Isapres

170. Con respecto a la figura anterior, es relevante tener en cuenta que un mayor guarismo definido en los códigos de arancel Fonasa para derecho a pabellón, representa una mayor complejidad de la atención²⁵²⁻²⁵³. Como se observa, las atenciones en Santiago corresponden principalmente a prestaciones de alta complejidad, y disminuyen con respecto a prestaciones de complejidad baja y media.

171. Tomando en cuenta lo anterior, resultan relevantes los elementos antes indicados, respecto a la baja importancia de las Clínicas para los pacientes que tienen predisposición a viajar a Santiago, el tipo de prestaciones que con más frecuencia suele motivar dichos viajes y la distancia de dicha ciudad con Iquique (1.758 kilómetros). Un elemento adicional a considerar en este test de E-H modificado, es el bajo porcentaje de personas residentes de Santiago que utiliza servicios hospitalarios en Iquique²⁵⁴.

172. En síntesis, lo anterior significa que para algunos usuarios la posibilidad de atención fuera de la ciudad de Iquique –por múltiples motivos y no necesariamente por sensibilidad al precio²⁵⁵– no ejerce una presión competitiva suficiente como para

²⁵² Véase Glosario de términos de uso frecuente Superintendencia de Salud (pág. 27), disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/portal/articles-18119_recurso_1.pdf> [última visita: 02.12.2019].

²⁵³ En efecto, los números de pabellón del 9 al 14 son considerados guarismos que atienden prestaciones de alta complejidad, excluyendo el guarismo 10, que corresponde a la colecistectomía laparoscópica, una operación para pacientes colelitiásicos no complicados, y forma parte del GES. Véase Dr. Csendes, Attila J y González D, Gloria (2005) Operaciones de “alta complejidad” definiciones, técnicas y estadísticas. Rev. Chilena de Cirugía. Vol 57 – N°2, pág. 178-183; y Ministerio de Salud, Guías Clínicas AUGE, (2014), Colecistectomía preventiva en adultos de 35 a 49 años. Disponible en: <<https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/Colesistectomia%20preventiva%20adultos.pdf>> [última visita: 02.12.2019].

²⁵⁴ En efecto, un [0-5]% de los usuarios de las Clínicas para el año 2018 correspondió a personas con residencia en Santiago [38].

²⁵⁵ “Los pacientes deciden si viajan o no por servicios de atención médica por una variedad de razones, incluyendo las variaciones percibidas y reales en calidad, cobertura de seguros, copagos, sofisticación de los servicios y conexiones familiares. (...) Viajar por razones no relacionada con el precio, no provee una base suficiente para inferir la disposición de los pacientes para viajar a hospitales distantes en respuesta a un

evitar que un monopolista en el mercado relevante pudiera ejercer poder de mercado²⁵⁶. De este modo, el mercado geográfico para prestaciones hospitalarias programadas de usuarios de Isapre, correspondería a la ciudad de Iquique.

173. En relación con la anterior definición de mercado, las Partes han argumentado un elemento que ampliaría el mercado geográfico, referido al ámbito de las negociaciones de las Clínicas, lo que justificaría sostener un alcance nacional del mercado²⁵⁷.
174. Sin embargo, los antecedentes recabados en el marco de la Investigación dan cuenta de que, en contraste a lo sostenido por las Partes, los procesos de negociación entre Clínicas e Isapres se realizan a nivel local, específicamente entre Isapres y prestadores de salud de Iquique.
175. En particular, salvo contadas excepciones, la totalidad de las Isapres consultadas señaló que las negociaciones se realizarían a nivel de cada prestador²⁵⁸, considerando elementos locales en la determinación de los aranceles²⁵⁹. Asimismo, los gerentes de las Clínicas señalaron que la determinación de los aranceles dependía de un conjunto de características locales, entre las que mencionaron **[39]**²⁶⁰. Finalmente, los correos electrónicos donde constan negociaciones entre las Partes y las distintas Isapres, si bien corresponden a intercambios entre unidades centralizadas de las redes, comprenden aspectos locales de competencia **[40]**²⁶¹.
176. En consecuencia, según lo expuesto, los antecedentes de la Investigación y las técnicas utilizadas por esta División para definir el ámbito geográfico en que la Operación generaría efectos competitivos, el alcance geográfico incluiría sólo a la ciudad de Iquique, que abarca las comunas de Iquique y Alto Hospicio. Lo anterior, sin perjuicio de considerar, para efectos del análisis de los riesgos de la Operación, la presión competitiva que ejercen actores que se ubican fuera de esta localidad.

aumento de precio. Dicho de otra manera, los datos de flujo de pacientes pueden mostrar patrones de hospitalización existentes, pero no ofrecen una idea de lo que los pacientes harían en respuesta a un aumento de precios por parte de la entidad fusionada”. Traducción libre. En original: “Patients decide whether or not to travel for health care services for a variety of reasons, including perceived and actual variations in quality, insurance coverage, out-of-pocket cost, sophistication of services, and family connections. (...) Patient willingness to travel for non-price related reasons does not provide a sufficient basis to infer patient willingness to travel distant hospitals in response to price increases. Stated differently, patient flow data can show existing hospitalization patterns, but offer no insight into what patients will do in response to a price increase by the merged hospital”. Improving Health Care: A Dose of competition - A Report by FTC and the Department of Justice, Chapter 4 Competition Law: Hospitals, (2004) pág. 8-20, disponible en: <https://www.justice.gov/sites/default/files/atr/legacy/2006/04/27/204694.pdf> > [última vista: 02.12.2019].

²⁵⁶ Si bien el test se expresa como incentivos a aumentar los precios, este incentivo también es asimilable a variaciones en las condiciones de oferta (vale decir, empeoramiento de la calidad).

²⁵⁷ En este sentido, las Partes han sostenido que **[41]**. Notificación, pág. 148, y Téngase Presente Red Interclínica I.

²⁵⁸ Al respecto, Red Interclínica contravirtió la opinión de las Isapres. Véase Sección V del presente Informe.

²⁵⁹ De acuerdo a la información aportada por las Isapres, en respuesta a Oficio Ord. N°0656 (Colmena), Oficio Ord. N°0657 (Cruz Blanca), Oficio Ord. N°0658 (Vida Tres), Oficio Ord. N°0659 (Banmédica), Oficio Ord. N°0660 (Consalud), y Oficio Ord. N°0661 (Nueva Masvida), a fojas 448, 458 y 504, 440 y 497, 436 y 501, 453, y 492 del Expediente F178. En particular, y a modo de ejemplo, **[42]**.

²⁶⁰ Declaración Clínica Iquique; Declaración Red Interclínica; y declaración de Jorge Gómez Johns, Gerente General de Clínica Tarapacá, a fojas 668 del Expediente F178.

²⁶¹ A modo de ejemplo, **[43]**.

2. Mercado geográfico de prestaciones hospitalarias programadas para beneficiarios de Fonasa

177. En relación con este mercado, si se realiza un ejercicio similar al descrito para el caso de las prestaciones hospitalarias de pacientes beneficiarios de Isapres ya expuesto, se obtiene el siguiente perfil de comuna de residencia de los pacientes para prestaciones hospitalarias: durante el año 2017²⁶², el 75% de los pacientes hospitalarios de la Clínica Iquique, correspondió a la comuna de Iquique y el 11% a la comuna de Alto Hospicio. En el caso de la Clínica Tarapacá se produce una situación similar: el 75% de los usuarios residía en la comuna de Iquique y el 13% en la comuna de Alto Hospicio.

178. De esta forma, y tal como se expuso en el apartado anterior, el área de influencia en este caso estaría también acotada a la ciudad de Iquique. En la siguiente tabla se presentan el porcentaje de pacientes de cada Clínica, según comuna de residencia.

Tabla 7
Porcentaje de usuarios beneficiarios de Fonasa de servicios hospitalarios de las Clínicas, según comuna de residencia

Prestador	Comuna de residencia	2015	2016	2017
Clínica Iquique	Iquique	76.0%	71.5%	75.0%
	Alto Hospicio	13.1%	15.2%	10.8%
	Ciudad de Iquique	89.1%	86.7%	85.8%
	Pozo Almonte	1.9%	2.4%	2.9%
	Otras comunas	8.9%	10.9%	11.3%
Clínica Tarapacá	Iquique	73.0%	69.5%	75.1%
	Alto Hospicio	15.0%	18.1%	13.0%
	Ciudad de Iquique	87.9%	87.6%	88.1%
	Pozo Almonte	3.6%	2.9%	2.2%
	Otras comunas	8.5%	9.5%	9.6%
Clínicas de la ciudad de Iquique	Iquique	74.1%	70.4%	75.1%
	Alto Hospicio	14.3%	16.9%	12.0%
	Ciudad de Iquique	88.4%	87.3%	87.0%
	Pozo Almonte	3.0%	2.7%	2.5%
	Otras comunas	8.7%	10.0%	10.4%

Fuente: Elaboración propia a partir de información aportada por Fonasa

179. Al aplicar el indicador de E-H, cerca del 90% de los usuarios de las Clínicas residen en Iquique y el flujo de beneficiarios de Fonasa de la ciudad de Iquique que se atiende en las Clínicas, hacia prestadores fuera de la ciudad no supera el 10%,

²⁶² La información aportada por Fonasa para el año 2018 presenta problemas en la clasificación de las comunas de residencia de los usuarios, lo que fue informado por dicho servicio en respuesta al Oficio Ord. N° 1344, a fojas 992 del Expediente F178. Por lo anterior se optó por utilizar la información del año 2017.

como se muestra en la siguiente tabla. Por tanto, queda en evidencia que se cumpliría con ambos requisitos del indicador aplicado.

Tabla 8
Porcentaje de usuarios beneficiarios de Fonasa, residentes de Iquique, de servicios hospitalarios de prestadores institucionales cerrados, según comuna del prestador

Ciudad prestador	2015	2016	2017
Iquique	96.7%	96.2%	96.6%
Santiago	2.8%	3.3%	2.8%
Otras ciudades	0.4%	0.5%	0.5%

Fuente: Elaboración propia a partir de información aportada por Fonasa

180. Como se observa, en este caso, los residentes de la ciudad de Iquique beneficiarios de Fonasa, utilizan a nivel muy marginal prestadores de otras regiones, lo que en general se condice con el menor poder adquisitivo de este tipo de usuarios²⁶³ y la consiguiente menor disposición a asumir los costos de transporte elevados que significa acudir a prestadores ubicados fuera de su región. Por lo anterior, resulta adecuado definir, en este caso, el mercado relevante geográfico como la ciudad de Iquique²⁶⁴.

3. Mercado geográfico de prestaciones ambulatorias y mercado de urgencia

181. Ambos mercados son tratados en este apartado, considerando que las razones para definir el área geográfica afectada son muy similares.

182. En el caso de las prestaciones ambulatorias, al tener un menor costo para los pacientes en relación a las prestaciones hospitalarias, el costo de transporte de los pacientes representa un mayor porcentaje de su valor, lo cual tiende a reducir el ámbito geográfico de prestadores a los que está dispuesto a migrar cada usuario.

183. En el caso de las prestaciones de urgencia, los costos (monetarios y no monetarios) de transporte para los consumidores son considerablemente mayores, lo que implica que la localización de los prestadores, en relación al lugar donde se encuentra el usuario, es un parámetro de mayor relevancia.

184. En consideración de lo anterior, en el presente caso se define que los mercados geográficos para prestaciones ambulatorias y de urgencia no serían superiores a la ciudad de Iquique, tanto para usuarios de Isapre como de Fonasa.

²⁶³ Véase Informe CASEN.

²⁶⁴ Considerando el perfil de los usuarios, el mercado relevante geográfico de los beneficiarios de Fonasa tendería a ser más estrecho que en el caso de los beneficiarios de Isapre, al existir menores opciones de atenderse fuera de la ciudad de Iquique. Sin embargo, en este caso, la presión competitiva ejercida por prestadores ubicados en otras ciudades no es suficiente como para incluirlos dentro del mercado relevante para ninguno de los dos tipos de usuario.

4. Mercados geográfico de convenios

185. Con respecto a los convenios celebrados por servicios públicos con prestadores privados, en el contexto de derivaciones al extrasistema²⁶⁵, y de acuerdo a lo declarado por directivos del Hospital de Iquique²⁶⁶, el ámbito geográfico de sustitución que enfrenta dicha institución para satisfacer tales necesidades corresponde únicamente a la ciudad de Iquique, no siendo una alternativa plausible la derivación de pacientes hacia otras ciudades. Lo anterior, por cuanto el objetivo de las derivaciones sería responder de manera expedita a necesidades puntuales de la Red de Salud Pública, de modo que las instalaciones hospitalarias privadas sirven de respaldo y apoyo al equipo público.

186. Respecto a los otros mercados en que los prestadores celebran convenios con instituciones –FFAA y de Orden, mutuales de seguridad, empresas u otras– aplican los mismos criterios: dichos convenios buscan dar una solución a problemas de salud de sus beneficiarios residentes en la zona, por lo cual no se aprecia como un sustituto cercano derivarlos fuera de la región, tomando en consideración todos los costos monetarios y no monetarios que involucra el traslado²⁶⁷.

187. En consideración de lo anterior, el mercado geográfico en este caso se circunscribe a la ciudad de Iquique.

III.C. Actores que participan en cada mercado relevante

188. A continuación, y en virtud de lo analizado en las secciones anteriores, se exponen los actores que participan en cada mercado relevante.

Tabla 9
Actores en los Mercados Relevantes definidos

Definición de mercado relevante	Actores
1. Mercado de negociación entre servicios públicos y prestadores privados para efectos de derivación de pacientes al extrasistema	Las Clínicas para prestaciones hospitalarias, y otros prestadores privados de atención abierta ubicados en la ciudad de Iquique para prestaciones ambulatorias
2. Mercado de negociación de prestaciones GES con Isapres	Las Clínicas para prestaciones hospitalarias, y otros prestadores privados de atención abierta ubicados en la ciudad de Iquique para prestaciones ambulatorias

²⁶⁵ Las derivaciones al extrasistema pueden ser originadas por Fonasa o por el Hospital de Iquique. Véase Sección II del presente Informe. En este caso en particular, la demanda por este tipo de servicios es mayoritariamente realizada por el Hospital de Iquique, institución que utilizan la infraestructura privada como respaldo ante indisponibilidad o saturación de la infraestructura pública. La demanda de Fonasa se realiza mediante una gestión centralizada.

²⁶⁶ Conforme a la declaración de Patricio Maturana Pérez, Subdirector Administrativo (S) del Hospital de Iquique, a fojas 772 del Expediente F178, y Declaración Hospital de Iquique.

²⁶⁷ Véase declaración de Francisco Valenzuela, Jefe de la Jefatura Ejecutiva de Fondos de Salud del Ejército, a fojas 396 del Expediente F178, [44]. En el mismo sentido, el IST señaló que “las alternativas desde un punto de vista geográfico, son muy lejanas, en un contexto además en que el mercado de la salud es esencialmente local”. Aporte de antecedentes del IST, a fojas 1248 del Expediente F178.

Definición de mercado relevante	Actores
3. Mercados para cada convenio negociado entre prestadores privados y: (i) FFAA y de Orden, (ii) mutuales de seguridad, y (iii) otras instituciones	Las Clínicas para prestaciones hospitalarias, y otros prestadores privados de atención abierta ubicados en la ciudad de Iquique para prestaciones ambulatorias
4. Mercado de prestaciones hospitalarias programadas para pacientes de Isapre	Las Clínicas
5. Mercados para prestaciones ambulatorias programadas para pacientes de Isapre, distinguiendo por categoría: (i) exámenes radiológicos simples, (ii) exámenes radiológicos complejos, (iii) scanner, (iv) ecotomografías, (v) resonancia magnética y (vi) exámenes de laboratorios	Las Clínicas y otros prestadores privados de atención abierta ubicados en la ciudad de Iquique
6. Mercados de prestaciones hospitalarias programadas para pacientes de Fonasa MLE: (i) con respecto a prestaciones paquetizadas; y, (ii) con respecto a prestaciones no paquetizadas	Las Clínicas ²⁶⁸
7. Mercados para prestaciones ambulatorias programadas para pacientes de Fonasa MLE, distinguiendo por categoría: (i) exámenes radiológicos simples, (ii) exámenes radiológicos complejos, (iii) scanner, (iv) ecotomografías, (v) resonancia magnética y (vi) exámenes de laboratorios	Las Clínicas y otros prestadores privados de atención abierta ubicados en la ciudad de Iquique; eventualmente, Red de Salud Pública en la ciudad de Iquique
8. Mercados de prestaciones de urgencia, distinguiendo entre: (i) ambulatorio, (ii) hospitalario	Las Clínicas y Red de Salud Pública en la ciudad de Iquique.

Fuente: Elaboración propia

IV. ANÁLISIS DE RIESGOS PARA LA COMPETENCIA

189. En el presente capítulo se exponen y analizan los riesgos que la Operación podría generar en las condiciones de competencia de los mercados analizados, de carácter unilateral²⁶⁹.

190. La adquisición de Clínica Iquique por parte de Red Interclínica implicaría la formación de un único prestador privado de atención cerrada en la ciudad de Iquique. Según se expone *infra*, el análisis estructural y el análisis de cercanía competitiva permiten concluir que la Operación aumentaría la habilidad e incentivos de la entidad fusionada para afectar tanto los precios como la calidad de las prestaciones ofrecidas en dicha localidad.

²⁶⁸ En el análisis de riesgos se considera además la presión competitiva ejercida por la Unidad de Pensionado del Hospital de Iquique dada su próxima apertura. A su vez el Hospital de Iquique si bien no es parte del mercado relevante por las razones descritas *supra*, de todas maneras, se considera en el análisis de riesgos al tomarse en cuenta la presión competitiva que ejerce mediante las razones de desvío.

²⁶⁹ La Operación no produciría riesgos coordinados, ya que en el mercado no quedarían competidores de atención cerrada con quienes las Partes pudieran eventualmente coordinarse post-Operación.

191. Según se expondrá, la Operación afectaría la variable **precio**, toda vez que conllevaría un aumento del poder de negociación de la entidad resultante respecto de las Isapres y las otras instituciones con que interactúa para fijar aranceles²⁷⁰. En los mercados analizados, el mecanismo de fijación de precios es vía negociaciones bilaterales, de lo cual pueden resultar diferentes precios para un mismo producto, según las particularidades de cada negociación²⁷¹.

192. El resultado de dichas negociaciones está influenciado, en gran medida, por las alternativas disponibles para las partes negociadoras –la “*outside option*”– es decir, la posición negociadora de cada parte depende de los beneficios alternativos que cada una obtenga en caso de no llegar a un acuerdo²⁷². La Operación, al implicar la eliminación de uno de los dos prestadores privados de atención cerrada, que son actualmente las únicas alternativas de atención hospitalaria programada privada en Iquique, deja a sus contrapartes cautivas, desprovistas de toda *outside option*, lo cual incrementa de modo directo el poder negociador de la entidad resultante²⁷³. Respecto de algunas prestaciones ambulatorias o de urgencia, la Operación igualmente implica una reducción significativa de las alternativas que participan en el mercado, como se verá *infra*.

²⁷⁰ Con anterioridad esta Fiscalía ha evaluado operaciones de concentración cuyo riesgo ha sido el aumento del poder de negociación de la entidad concentrada. Véase: Informe de Aprobación Rol FNE F116-2018, Adquisición de CDF por parte de Turner International Latin America Inc.; e Informe de Aprobación Rol FNE F155-2018, Adquisición de 21CF por parte de Disney. Adicionalmente, la literatura económica considera relevante evaluar los cambios en el poder de negociación derivados de operaciones de concentración en la industria de hospitales. En ese sentido, véase: Craig, S. y otros (2018) Mergers and Marginal Costs: New Evidence on Hospital Buyer Power, NBER Working Paper N°24926, disponible en: <<https://www.nber.org/papers/w24926.pdf>> [última visita: 02.12.2019].

²⁷¹ Según indica el documento de opinión de la FTC sobre el caso Evanston Northwestern Health Corporation/ENH Medical Group. 2008. Caso N°0110234: “Debido a la naturaleza del mecanismo de fijación de precios, los mercados de negociación pueden dar lugar a diferentes precios para el mismo producto, dependiendo de las alternativas disponibles para las partes negociadoras”. Traducción libre. En original: “Because of the nature of the price-setting mechanism, bargaining markets can result in different prices for the same product, depending on the alternatives available to the negotiating parties”, disponible en: <<https://www.ftc.gov/sites/default/files/documents/cases/2007/08/070806opinion.pdf>> [última visita: 02.12.2019].

²⁷² Este aspecto es analizado latamente en la literatura económica. Véase por ejemplo Dranove, D. y Capps, C. (2014) Healthcare provider and payer markets, The Oxford Handbook of International Antitrust Economics. Vol. 1, pág. 78 y pie de pág. 45: “Las operaciones de concentración entre hospitales competidores pueden incrementar el poder de negociación de la entidad resultante y facilitar los aumentos de precios al eliminar la capacidad de las aseguradoras para enfrentar a los hospitales entre sí. Es decir, antes de la fusión, las aseguradoras pueden acudir a un hospital en caso de que el otro exija un precio excesivamente alto. Sin embargo, después de la fusión, las aseguradoras pierden la capacidad de excluir a un hospital y retener al otro, lo que hace menos atractiva la *outside option* de las aseguradoras. (...) Incluso en la alternativa de negociaciones hospital por hospital, la influencia de la entidad resultante aumentaría. En este último caso, el mecanismo es que cada hospital reconozca que, si es excluido de una red, parte del volumen perdido será capturado por la otra parte de la fusión –esencialmente, la *outside option* para la entidad resultante mejora”. Traducción libre. En original: “Mergers of competing hospitals can enhance the bargaining leverage of the merger entity and facilitate price increases by eliminating health plans’ ability to play the hospitals off against each other. That is, premerger, health plans can turn to one hospital in the event that the other demands an excessively high price. Postmerger, however, health plans lose the ability to exclude one hospital and retain the other, making the outside option for health plans less attractive. (...) Even in the alternative of hospital-by-hospital negotiations, the merged entity’s leverage would increase. In the latter case, the mechanism is that each hospital recognizes that if it is excluded from a network, some of the lost volume will be captured by the merger partner – essentially, the outside option for the merged hospital’s improves”.

²⁷³ Al respecto, Red Interclínica controvertió el riesgo de aumento de precios, particularmente para el caso de las Isapres, señalando que éstas tienen poder de negociación derivado de la relación que mantienen con las demás clínicas de Red Interclínica. Véase documento Téngase Presente Red Interclínica II, pág. 8. Esta División ha ponderado dicho argumento en la Sección V.A. del presente Informe.

193. En efecto, el análisis de esta División muestra que la entidad concentrada contaría con la habilidad e incentivos para ejecutar un alza unilateral de los precios en las negociaciones sostenidas con aseguradoras y otras instituciones, como el Hospital de Iquique, las FFAA y de Orden, municipalidades, mutuales y otras empresas. Esta alza se traspasaría a usuarios finales dependiendo de los actores afectados y del tipo de prestación de que se trate. Con todo, respecto de pacientes sin previsión, que se atiendan en calidad de particulares, la Operación también implica un riesgo de aumento de aranceles que los afectaría directamente.
194. Resulta ilustrativo de dichos riesgos que en la jurisprudencia y la doctrina comparada se hayan realizado diversos análisis *ex post* en cuanto a la relación entre operaciones de concentración de hospitales y el nivel de precios en los mercados afectados. Dichas evaluaciones dan cuenta de un aumento considerable de precios, de hasta un 40% en determinados casos²⁷⁴.
195. Por otro lado, la falta de competencia resultante de la Operación también provocaría una disminución en la **calidad** de las prestaciones. Dicho parámetro cobra especial relevancia en operaciones de concentración entre prestadores de salud, por la naturaleza sensible de los servicios ofrecidos. Así, se advierte una incidencia relevante de la Operación en el bienestar de los consumidores finales que, a diferencia de los riesgos detectados respecto a la variable precio, serían los únicos directamente afectados por este riesgo²⁷⁵.
196. En específico, una forma de categorizar los aspectos relativos a la calidad en este mercado, serían los enfoques que se utilizan para evaluar a los prestadores de salud, relativos a su estructura, procesos y resultados²⁷⁶⁻²⁷⁷. La estructura se refiere principalmente a instalaciones, recursos humanos y equipamiento. Por su parte, los procesos consisten en la existencia de pautas, protocolos e indicadores de gestión sanitaria, evaluados mediante una metodología conocida y homologable entre las instituciones. Por último, los resultados consisten en la cuantificación de los efectos y consecuencias de la estructura y procesos implementados por los prestadores.
197. En Chile, la autorización sanitaria de establecimientos de salud de atención cerrada evalúa la calidad de los prestadores de salud desde un enfoque estructural, vale decir, supervisa que éstos cumplan con ciertos requisitos mínimos en cuanto a

²⁷⁴ Véase Dafny, L. (2009) Estimation and Identification of Merger Effects: An Application to Hospital Mergers, *Journal of Law and Economics*, vol. 52, N°3, pág. 544.

²⁷⁵ Lo anterior, sin perjuicio de que teóricamente pudiesen existir efectos indirectos para las aseguradoras por disminución de la demanda y/o por un aumento en la tasa de reingreso producto de la disminución de calidad de las atenciones.

²⁷⁶ Véase acta de reunión de fecha 6 de noviembre de 2019, entre funcionarios de la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud y de la División de Fusiones de la FNE, a fojas 1555 del Expediente F178.

²⁷⁷ En dicho sentido, la literatura comparada contempla los diversos elementos vinculados a la calidad de las prestaciones de salud, de carácter (i) estructural, como infraestructura y hotelería, recursos humanos y número de profesionales de la salud vinculados a la atención de un paciente (Véase Romano, P. y Balan, D. (2010) A Retrospective Analysis of the Clinical Quality Effects of the Acquisition of Highland Park Hospital by Evanston Northwestern Healthcare, Bureau of Economics FTC, Washington, DC 20580); y (ii) vinculados a resultados sanitarios, como la tasa de mortalidad y los tiempos de espera en servicios en urgencia (véase Public comments in re Wellmont Health System/ Mountain States Health Alliance No. 1510115 (FTC file Sep. 30, 2016); y Romano, P. y Balan, D. (2010) *Ibid.*).

infraestructura, revisando, por ejemplo, características de la planta física, equipamientos y dotación de recursos humanos²⁷⁸. Por su parte, el sistema nacional de acreditación de prestadores²⁷⁹ evalúa la calidad desde un enfoque de procesos, supervisando que los protocolos y pautas de operación sean aplicados mediante una metodología conocida y homologable entre las instituciones, aplicable tanto a prestadores públicos como privados²⁸⁰. De lo anterior se sigue que la evaluación de los procesos pretende regular la forma de obtener los resultados, pero sin asegurarlos.

198. En cuanto a los indicadores de resultado, en la actualidad éstos no son exigidos ni evaluados por las autoridades regulatorias nacionales²⁸¹, sino que lo que se promueve es la existencia de protocolos y procedimientos mínimos, y la exigencia de que se cuantifiquen determinadas prestaciones. Si bien en una etapa posterior de desarrollo del sistema se podría avanzar a exigencias que incluyan indicadores de resultados²⁸², antecedentes de la Investigación dan cuenta que dicha modificación requiere de extensos estudios y de la aprobación de numerosos actores ligados al sector salud, por lo que la definición y aplicación de dichos estándares no se proyecta en el corto o mediano plazo²⁸³⁻²⁸⁴.

199. A mayor abundamiento, la metodología del sistema de acreditación se basa en la acreditación de procesos, incluyendo sus ámbitos, componentes, características y verificadores²⁸⁵. En este contexto, se contempla que sean los propios prestadores

²⁷⁸ Véase: <<https://www.minsal.cl/portal/url/item/b64310d5aaef070ce04001016401488f.pdf>> [última visita: 02.12.2019], y el Anexo N°1 del Decreto N°58 de 2009 del Ministerio de Salud, que contiene Normas Técnicas Básicas de Autorización Sanitaria para establecimientos de salud de atención cerrada, disponible en: <<https://www.minsal.cl/portal/url/item/b0226a5e50cdb42fe04001011e0147fa.pdf>> [última visita: 02.12.2019].

²⁷⁹ Según fue señalado *supra*, este sistema consiste en el proceso periódico de evaluación respecto del cumplimiento de los estándares mínimos, con el objetivo de garantizar que las prestaciones alcancen la calidad requerida para la seguridad de los usuarios. En la primera acreditación, se requiere un igualar o superar un umbral de 50% de cumplimiento de los parámetros evaluados; en el segundo proceso este umbral aumenta a un 70% y en la tercera acreditación y los procedimientos sucesivos, a un 95%

²⁸⁰ En este sentido, véase Informe Manuel Inostroza, a fojas 1729 del Expediente F178.

²⁸¹ Salvo en lo relativo a las infecciones intrahospitalarias, según se detallará *infra*.

²⁸² En este sentido, véase acta de reunión de fecha 6 de noviembre de 2019, entre funcionarios de la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud y de la División de Fusiones de la FNE, a fojas 1555 del Expediente F178: "En efecto, tal como ha aparecido previamente en la prensa, la Superintendencia de Salud en apoyo al ente normativo que es el Ministerio de Salud ha evaluado trabajar en una propuesta de elaboración de nuevos estándares para prestadores de atención cerrada que ya hayan cumplido 3 acreditaciones por el actual estándar, y establecer un proceso que avance hacia la medición de resultados". En el mismo sentido, véase el Informe Manuel Inostroza.

²⁸³ Véase acta de reunión de fecha 6 de noviembre de 2019, entre funcionarios de la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud y de la División de Fusiones de la FNE, a fojas 1555 del Expediente F178.

²⁸⁴ En efecto, el Informe UDD, que evalúa el impacto del sistema de acreditación, da algunas luces de las dificultades de establecer mediciones de resultados de prestadores de salud. En este sentido, el estudio concluye recomendando al Ministerio de Salud aumentar las exigencias de información de los diagnósticos de los egresos hospitalarios para posibilitar la construcción de indicadores de resultados de la OECD en el documento "Definitions for Health Care Quality Indicators 2016-2017 HCQI Data Collection". Se señala además que la implementación de un registro de indicadores a nivel de grupo relacionado a diagnóstico (GRD) implica un esfuerzo financiero y de formación de recursos humanos especializados muy relevante, por lo que no es posible para todas las instituciones contar con un sistema como éste (que sería apropiado para el cálculo de indicadores definidos por la OECD).

²⁸⁵ El ámbito contiene en su definición los alcances de política pública sanitaria para el otorgamiento de una atención de salud que cumpla condiciones mínimas de seguridad. Son nueve, y están detallados en la Sección II del presente Informe. Los componentes (35) constituyen el primer nivel de desagregación del ámbito y proveen definiciones de aspectos más operacionales que contribuyen a cumplir con la intención del ámbito. Las características (106) contienen requerimientos específicos que desagregan el componente en espacios

de salud quienes definan los indicadores y umbrales que contemplan los verificadores del programa de calidad por el cual se registrarán²⁸⁶, los cuales están asociados a la existencia de protocolos, procedimientos de registro, accesibilidad al historial médico, revisión preventiva de equipos, entre otros. De este modo, los estándares actuales no miden el resultado de los indicadores, sino sólo que se haya realizado una evaluación de los mismos²⁸⁷. Luego, dichos verificadores son objeto de evaluación por parte de entidades acreditadoras, y de posterior fiscalización por parte de Superintendencia de Salud.

200. En este orden de cosas, si bien la normativa nacional requiere a los prestadores institucionales la autorización sanitaria para prestar sus servicios, y la acreditación para otorgar prestaciones GES, estas exigencias sólo garantizan ciertos niveles mínimos de calidad, que no comprenden la totalidad de las características relacionadas a calidad que actualmente poseen las Clínicas.

201. En consecuencia, y conforme se expondrá, esta División considera que el riesgo de disminución de calidad que conllevaría la Operación se refiere a todos aquellos atributos de las Clínicas que no son regulados por la autorización sanitaria ni el sistema de acreditación, ya sea por no ser evaluados, o por ser superados producto de la presión competitiva que incentiva a las Clínicas a ofrecer un nivel de servicio mayor al mínimo. Así, con ocasión de la Operación, dicho riesgo podría materializarse en una baja generalizada de la calidad de las prestaciones, teniendo como límite inferior, el estándar mínimo requerido por la autoridad sanitaria para operar, y los elementos evaluados por el sistema de acreditación.

202. Una segunda categorización posible consiste en distinguir entre aspectos de calidad vinculados con: (i) un conjunto de factores observables por los pacientes, tales como infraestructura, tiempo de espera, protocolos de atención, hotelería, entre otros; y

menores de análisis en la evaluación. Los verificadores son los requisitos específicos que se deben medir para calificar el cumplimiento de cada característica, y se manifiestan en elementos medibles (955). Véase Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada, de la Superintendencia de Salud, disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles-4530_Manual_AC_pdf.pdf> [última visita: 02.12.2019].

²⁸⁶ Véase acta de reunión de fecha 6 de noviembre de 2019, entre funcionarios de la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud y de la División de Fusiones de la FNE, a fojas 1555 del Expediente F178: “Adicionalmente, al ser una evaluación de procesos, se exige la medición periódica de ciertos indicadores pertinentes como por ejemplo, la existencia de protocolos, procedimientos de registro, accesibilidad al historial médico, revisión preventiva de equipos, entre otros. Los indicadores deberán contar con un umbral de cumplimiento y periodicidad de la evaluación, también establecidos por el propio prestador, no obstante en los estándares actuales no se mide el resultado de los indicadores, sino que, se haya realizado la evaluación de éstos, de acuerdo a la periodicidad definida.”

Véase además, Pauta de Cotejo Manual de Atención Cerrada, Superintendencia de Salud, disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles-4530_pauta_AC_pdf.pdf> [última visita: 02.12.2019].

²⁸⁷ Así, por ejemplo, en el caso de las infecciones intrahospitalarias, se exige que el prestador cuente con una estructura organizacional responsable de su prevención y control, y contar con un sistema de vigilancia que defina ciertos indicadores y umbrales a cumplir (entre los que se encuentran tasas de infecciones intrahospitalarias). GCL-3.1. y GCL 3.2., de Pauta de Cotejo Manual de Atención Cerrada, Superintendencia de Salud, disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles-4530_pauta_AC_pdf.pdf> [última visita: 02.12.2019]. No obstante lo anterior, este tipo de infecciones se evalúan de acuerdo a la normativa vigente del Ministerio de Salud, existiendo la obligación de medir resultados y de fijar tasas de cumplimiento para cada una de las infecciones intrahospitalarias que le corresponda monitorear de acuerdo a su cartera de prestaciones. Por lo tanto, para efecto de la acreditación, la mayoría de los prestadores se guía por los indicadores, tasas y umbrales definidos en la normativa del Ministerio de Salud.

(ii) un conjunto de factores difícilmente observables para los usuarios, tales como tasas de infecciones intrahospitalarias, de mortalidad, de caídas de pacientes hospitalizados, protocolos de esterilización, protocolos de registros, orden de las fichas médicas, seguridad de los pacientes, entre otros²⁸⁸. Los indicadores de resultados, en general, coinciden con la categoría de factores de calidad difícilmente observables.

203. Considerando el rol que juegan los médicos en la decisión de hospitalización de los pacientes, como se ha señalado *supra*, su percepción de calidad es relevante²⁸⁹. Lo anterior, especialmente en lo relativo a aquellos factores de calidad difícilmente observables por los pacientes, pues los prestadores individuales pueden observar la calidad desde su experiencia profesional.

204. De acuerdo a los antecedentes tenidos a la vista, tanto los factores de calidad observables como los no observables se verían afectados por la presente Operación. En efecto, al quedar una única opción de prestador privado de servicios hospitalarios, los usuarios quedarían desprovistos de *outside option* dentro del mercado geográfico, lo que dotaría de habilidad e incentivos a la entidad fusionada para reducir costos relacionados a aspectos que inciden en la calidad de las prestaciones.

205. Es pertinente señalar que la demanda sería más sensible a variaciones en atributos de calidad que resulten más relevantes y visibles para los usuarios o prestadores individuales²⁹⁰, por lo que la competencia derivaría principalmente en beneficios respecto a dichos ámbitos (con el fin de atraer demanda). Lo anterior no obsta que impacte –aunque en menor medida– en otros aspectos respecto de los cuales los pacientes o los médicos sean menos sensibles²⁹¹. Así, el efecto que tendría la pérdida de competencia sobre los distintos aspectos que conforman la calidad de

²⁸⁸ En este sentido, véase Propper, C, Burgess, S y Gossage, D. (2003) Competition and Quality: Evidence from the NHS Internal Market 1991-9, *The Economic Journal*, vol. 118, pág. 138-170, en donde se señala que las características observables de calidad de hospitales, como el tiempo de espera para atención médica, se ven afectadas positivamente cuando se pasa de un escenario regulado a uno no regulado, mientras que las características más difíciles de observar para los usuarios, como tasa de mortalidad por infartos cardiacos, empeoran en un escenario competitivo comparado con una regulación. Para una revisión de la teoría de organización industrial de prestadores de salud, véase Dranove, D. y Satterthwaite, M. (2000) The industrial organization of health care markets, en *The Handbook of health Economics*, cap. 20, quienes señalan que el nivel de afectación de las variables competitivas precio y calidad depende de cuán observables son los atributos, existiendo menos elasticidad de demanda para aquéllos que sean observados de manera más imperfecta.

²⁸⁹ Según lo indicado *supra*, las sugerencias de los prestadores individuales a los pacientes son seguidas con una alta frecuencia. En efecto, de acuerdo al Cuestionario, el 71% (32/45) de los profesionales que utilizan infraestructura de las Clínicas corresponde a personal externo, no perteneciente al staff de dichos prestadores. Por otra parte, el 71% (32/45) de los médicos señala realizar recomendaciones respecto al lugar donde deben atenderse sus pacientes, y el 64% (29/45) señala que estas sugerencias son aceptadas siempre o casi siempre.

Por otro lado, de acuerdo al Cuestionario, los aspectos de calidad son determinantes en las recomendaciones relativas al lugar de atención que realizan dichos profesionales. Según se expone en los resultados del Cuestionario, 21 de 45 médicos de la ciudad de Iquique consultados señala la calidad como un aspecto clave, en respuesta a la pregunta “indique las razones por las que prefiere dicho establecimiento”.

²⁹⁰ Es decir, ámbitos más fácilmente observables o de mucha relevancia para los usuarios o los profesionales, tales como seguridad de los pacientes, infraestructura, tiempo de espera y hotelaría.

²⁹¹ Aspectos de más difícil observación o poco importantes en la consideración de los usuarios o de los médicos.

un prestador, dependería de la relevancia de dichos atributos para captar demanda²⁹².

206. Una tercera categorización alternativa se basa en diversos parámetros que son consistentemente utilizados, a nivel comparado como métrica de la calidad hospitalaria, entre los que se encuentran: (i) la experiencia de los pacientes; (ii) la infraestructura y los servicios del centro de salud; y (iii) el personal dedicado al cuidado de los usuarios²⁹³. En el caso que se evalúa, dichos parámetros relacionados a la variable calidad han sido relevantes en las decisiones competitivas de las Clínicas y en la percepción de los distintos actores consultados en la Investigación²⁹⁴.

207. En cuanto a la experiencia de los usuarios en centros de salud, tanto Clínica Iquique como Clínica Tarapacá monitorean la satisfacción de sus pacientes respecto del servicio ofrecido mediante la aplicación periódica de encuestas, abordando aspectos como el respeto de los derechos de los pacientes, la atención otorgada por el personal de salud, y la infraestructura y servicios ofrecidos²⁹⁵. En términos generales, dichos estudios tienen por objeto identificar la calidad percibida por parte de los usuarios para que la entidad que los encarga centralice sus esfuerzos en puntos prioritarios de mejora²⁹⁶ y pueda tomar decisiones de negocios de manera informada²⁹⁷.

208. Por su parte, en lo referente a la infraestructura y servicios de los centros de salud, Clínica Tarapacá ha realizado inversiones relevantes²⁹⁸, construyendo una nueva torre con el objeto de mejorar su hotelería y espacio clínico, y aumentar el número de habitaciones²⁹⁹, lo que permitiría mejorar su posición competitiva en la ciudad de Iquique³⁰⁰. Con todo, este plan de inversión se generó hace más de ocho años, en un contexto de competencia en el que aún no se proyectaba la Operación³⁰¹. Adicionalmente, ambas Clínicas han considerado que la infraestructura y los

²⁹² Véase Dranove, D. y Satterthwaite, M. (2000) Op. Cit., y Propper, C., Burgess, S. y Gossage, D. (2003) Op. Cit.

²⁹³ En dicho sentido, véase Romano, P. y Balan, D. (2010) Op. Cit.; Linda H. Aiken y otros, (2018) Hospital Nurse Staffing and Patient Outcomes, Revista Médica Clínica Las Condes, Vol. 29, N° 3; y FTC, Public Comment de fecha 30 de septiembre de 2016, en Wellmont Health System/ Mountain States Health Alliance, pág. 23.

²⁹⁴ Véase *supra*, Sección II.C, relativa a la caracterización de las clínicas ubicadas en la Región de Tarapacá.

²⁹⁵ Respuesta de Red Salud al Oficio Ord. N°0664, a fojas 335 del Expediente F178; y respuestas de Red Interclínica al Oficio Ord. N°0663, a fojas 410 del Expediente F178, al Oficio Ord. N°1732, a fojas 1360 del Expediente F178, al Oficio Ord N°1800, a fojas 1400 del Expediente F178, y al Oficio Ord N°1897, a fojas 1456 del Expediente F178.

²⁹⁶ En efecto, en el documento “Estudio de satisfacción de pacientes hospitalizados I Trimestre 2019” contenido en la respuesta de Red Interclínica a Oficio Ord. N°0663, a fojas 425 del Expediente F178, se indican puntos relevantes desde la perspectiva de los usuarios con la finalidad de tomar decisiones a nivel gerencial [45].

²⁹⁷ Según consta en la respuesta de Red Interclínica a Oficio Ord. N°1732, a fojas 1360 del Expediente F178, es posible identificar una correlación entre las decisiones de negocio de Red Interclínica en la ciudad Iquique con las necesidades identificadas en las encuestas de satisfacción realizadas a usuarios [46]. Al respecto, en Declaración Red Interclínica se dejó constancia que el objetivo de la ampliación de Clínica Tarapacá habría sido mejorar el estándar de la infraestructura, que era deficiente: [47].

²⁹⁸ Declaración Red Interclínica: [48].

²⁹⁹ De acuerdo a Declaración Red Interclínica, [49].

³⁰⁰ [50].

³⁰¹ Respuesta de Red Interclínica a Oficio Ord. N°0663, a fojas 410 del Expediente F178.

servicios ofrecidos al usuario son variables relevantes, por lo que éstas también forman parte del monitoreo periódico realizado mediante las encuestas de satisfacción a usuarios ya mencionadas³⁰².

209. En lo relativo al personal dedicado al cuidado de pacientes, las Clínicas han reconocido la relevancia de este factor en la percepción de calidad por parte de los usuarios³⁰³, lo que ha formado parte de las encuestas de satisfacción a pacientes ya referidas³⁰⁴. En efecto, la *gestión de los cuidados* proporcionados por el personal de salud es un aspecto que, conforme a la Investigación, incidiría en la calidad de atención a los usuarios de acuerdo a la definición del Ministerio de Salud³⁰⁵⁻³⁰⁶, lo que es confirmado por literatura especializada³⁰⁷.

210. A este respecto, la jurisprudencia comparada y la doctrina autorizada en la materia resultan consistentes con los antecedentes de la Investigación al concluir que la calidad de las prestaciones es un parámetro relevante de competencia en el mercado de prestaciones hospitalarias³⁰⁸.

211. Conforme a lo expuesto, es razonable esperar que, con ocasión de la pérdida del único competidor en atención hospitalaria privada en Iquique, el perfeccionamiento de la Operación confiera a la entidad fusionada la habilidad e incentivos para afectar la calidad de los servicios. Lo anterior, atendido a que la Operación ocasiona la pérdida de presión competitiva del rival más cercano a la Compradora.

212. Dicho riesgo se corrobora con los antecedentes de la Investigación, toda vez que según consta en el expediente de Investigación –específicamente, los documentos emitidos por Red Interclínica al evaluar la Operación– dicha entidad consideró expresamente un mayor aprovechamiento del personal disponible como un

³⁰² En dichas encuestas figuran como aspectos consultados a los usuarios la infraestructura, las habitaciones, y los implementos de la habitación (TV, luces, camas, etcétera), entre otros.

³⁰³ En esta misma línea, en el contexto de una sesión de Directorio de Clínica Iquique, se estableció que el [51] sería un desafío para la Dirección Médica. Sesión Ordinaria de Directorio N° 266 de Clínica Iquique S.A., 30 de mayo de 2017, acompañada como Complemento de la Notificación, a fojas 243 del Expediente F178.

³⁰⁴ Al analizar los resultados de las encuestas de satisfacción aplicadas por ambas Clínicas, es posible advertir que [52].

³⁰⁵ En dicho sentido, el Ministerio de Salud en la Resolución Exenta N°1127, de fecha 14 de diciembre de 2007, que Aprueba Norma General Administrativa N°19 de “Gestión del Cuidado de Enfermería para la Atención Cerrada”, establece una serie de criterios técnicos cuya finalidad es contribuir al desarrollo de la gestión clínica hospitalaria, entendida como “el más adecuado uso de los recursos profesionales, humanos, tecnológicos y organizativos para el mejor cuidado de las personas”.

³⁰⁶ Según consta en la respuesta del Servicio de Salud de Iquique al Oficio Ord. N°0655, a fojas 490 del Expediente F178, en documento denominado “Modelo de Gestión Hospital Alto Hospicio”, pág. 75.

³⁰⁷ Romano, P. y Balan D. Op. Cit., y Linda H. Aiken y otros. Op. Cit.

³⁰⁸ Véase, en cuanto a la jurisprudencia comparada: CMA. 2017. Central Manchester University Hospitals and University Hospital of South Manchester, Op. Cit.; CMA. 2017. Report on the complemented acquisition by Cygnet Health Care of the Cambian Adult Services, disponible en: <<https://assets.publishing.service.gov.uk/media/59e48f8ced915d6aadcdaf0a/cygnet-cambian-final-report.pdf>> [última visita: 02.12.19]; CMA. 2013. Royal Bournemouth and Christchurch Hospitals NHS Foundation Trust (2013); Op. Cit.; Autoriteit Consument & Markt (Holanda). 2009. Walcheren Hospital – Oosterschelde Hospitals (2009), Caso 6424; entre otros.

Respecto a la literatura comparada, véase las siguientes fuentes citadas en el presente Informe: Propper, C, Burgess, S y Gossage, D. (2003) Op. Cit.; Dranove, D. y Satterthwaite, M. (2000) Op. Cit.; Romano, P. y Balan, D. (2010) Op. Cit.; Linda H. Aiken y otros, (2018) Op. Cit.; y FTC, Public Comment de fecha 30 de septiembre de 2016, Op. Cit.

mecanismo para ahorrar costos³⁰⁹. En definitiva, ello afectaría directamente la calidad de los servicios a los que acceden los usuarios de Clínicas en la ciudad de Iquique.

213. Lo anterior se suma a que la diferencia en el estilo de gestión de ambas Clínicas que se observa³¹⁰, sumado a otros antecedentes de la Investigación, permiten inferir que Clínica Tarapacá sería un prestador de menor calidad que Clínica Iquique³¹¹. En dicho sentido, existen antecedentes que revelan las preocupaciones de prestadores individuales respecto a la capacidad de Clínica Tarapacá para atender complicaciones en procedimientos quirúrgicos y postoperatorio³¹².
214. Considerando que, según antecedentes aportados por Red Interclínica, con posterioridad a la Operación, **[53]**³¹³, es esperable que la forma de gestión de la Compradora sea replicada en la Entidad Objeto, y que, por lo mismo, se adopte para Clínica Iquique un modelo con un estándar de menor calidad en los servicios y prestaciones al que actualmente tiene.
215. En definitiva, la adquisición de Clínica Iquique por Red Interclínica implicaría un incentivo a reducir la calidad de los servicios ofrecidos por la entidad resultante de la Operación.
216. Lo señalado contrasta abiertamente con lo sostenido por Clínica Tarapacá, quien ha controvertido que la calidad sea una variable competitiva relevante en esta industria³¹⁴. En particular, se aduce: (i) la existencia de literatura económica que discute los efectos de la competencia en esta variable; (ii) que la relación entre competencia y calidad dependerían del modelo de salud adoptado en el país objeto del estudio; y (iii) que la regulación sanitaria y el proceso de acreditación voluntaria que opera en Chile supondría estándares elevados de calidad que, en definitiva, harían que la competencia en esta industria derivara principalmente hacia la variable precio³¹⁵⁻³¹⁶.

³⁰⁹ Según consta en planilla Excel “Planificación Financiera CT y CI v.6 (Cambio de inicio operación).xlsx”, hoja “Remuneraciones”, acompañada por Red Interclínica como respuesta al Oficio Ord. N°1683, a fojas 1283 del Expediente F178, en la cual se plantea un número de atenciones por miembro del personal de salud de la entidad fusionada como meta para el año 2025 y un aumento gradual desde el año 2018 hasta ese año.

³¹⁰ Mientras Red Salud centraría sus esfuerzos en mejorar sus instalaciones y prestaciones de Clínica Iquique, manteniendo un estándar en todas las clínicas de su red, Red Interclínica **[54]** en Clínica Tarapacá. Declaración Juan Pablo Aylwin, Presidente del Comité de Inversiones de Red Salud, a fojas 745 del Expediente F178; y Declaración Red Interclínica.

³¹¹ En dicho sentido, véase Sección II.C del presente Informe.

³¹² **[55]**.

³¹³ Respuesta Oficio Ord. N°1479, a fojas 980 del Expediente F178, y Declaración Red Interclínica.

³¹⁴ Mediante Téngase Presente Red Interclínica II, acompañado con fecha 12 de noviembre de 2019, en relación con los riesgos informados a las Partes con fecha 14 de agosto de 2019.

³¹⁵ Téngase Presente Red Interclínica II, pág. 2-3.

³¹⁶ Asimismo, la Compradora destaca que “la calidad de la salud en Chile, tanto pública como privada, ha sido destacada a nivel mundial, precisamente gracias a la adopción temprana de elevados requisitos regulatorios. [...] Este piso mínimo [la autorización sanitaria] ha conducido a Chile a posicionarse como un líder en calidad de la salud en la región y presentar niveles similares al de países desarrollados”, y cita el trabajo de Becerril-Montekio, V. y Reyes, J. (2011) Sistema de salud de Chile, Salud Pública de México, vol. 53, pág. 132-142. Si bien es cierto que dicho documento indica que, junto con Cuba y Costa Rica, Chile presenta los mejores niveles de salud de América Latina, y otorga cifras de tasas de mortalidad infantil, mortalidad materna y esperanza de vida, no se atribuye esos resultados a los requisitos regulatorios –los cuales, a dicha fecha, se

217. En primer lugar, si bien la Compradora sostiene que “la ‘calidad’ no es una variable competitiva sustancial”³¹⁷ en la industria de la salud, su comportamiento comercial difiere de lo afirmado. Ello, toda vez que la publicidad que realizan ambas Clínicas se centra en destacar, precisamente, aspectos de calidad. En efecto, resulta ilustrativo que el logo de Clínica Tarapacá³¹⁸ exhibe el siguiente lema: “salud de calidad a su alcance”, lo que refleja los atributos que considera relevantes para atraer demanda: calidad y precio³¹⁹. Por su parte, el sitio web de Clínica Iquique hace referencia reiterada a aspectos relativos a la calidad³²⁰, y según se expuso, ambas Clínicas consideran diversos parámetros de calidad –experiencia de los usuarios, infraestructura personal– al tomar sus decisiones competitivas.

218. La relevancia dada por las Clínicas a la calidad, en cuanto a sus actividades promocionales, tiene un correlato con la importancia que pacientes y médicos le otorgan a dicha variable. En efecto, la Encuesta Activa Research refleja que los principales motivos para escoger un prestador privado en Iquique respecto a prestaciones hospitalarias se refieren a recomendaciones de los médicos (44% de los encuestados) y calidad de las prestaciones (19% de los encuestados). Al mismo tiempo, el Cuestionario muestra que los aspectos de calidad son determinantes en las recomendaciones de derivación que realizan los médicos³²¹.

219. Ahora bien, con relación a los argumentos esgrimidos por Red Interclínica, la literatura económica³²² y la opinión de agencias de competencia extranjeras en el análisis de fusiones de prestadores de salud³²³ es en general consistente en concluir

limitaban a la autorización sanitaria–. Además, esta División estima que, de una lectura detenida de la fuente aportada, no resulta posible concluir que Chile se ha posicionado como un líder en calidad de la salud en la región. Si bien el documento, publicado en una revista mexicana, describe en detalle el sistema de salud en Chile, no hace un llamado a considerarlo como un ejemplo. A mayor abundamiento, el texto citado, al referirse al sistema de Fonasa MLE, indica que los copagos se establecen “tomando en cuenta el nivel de calidad del prestador”, reconociendo que la calidad es una variable competitiva relevante.

³¹⁷ Escrito de presentación de Medidas, pág. 16, a fojas 1523 del Expediente F178.

³¹⁸ Junto al de Red Interclínica, y al de las otras clínicas de dicha red.

³¹⁹ Imágenes disponibles en: <<https://www.interclinica.cl/>> [última visita: 02.12.2019].

³²⁰ Tales como “especialistas de primer nivel”, “tecnología de vanguardia”, “servicio de urgencia, pabellones de última generación”, y “servicio de maternidad con una larga trayectoria y prestigio”. Véase: <<https://www.redsalud.cl/nuestra-red/clinicas/clinica-redsalud-iquique>> [última visita: 02.12.2019].

³²¹ Según se expone en los resultados del Cuestionario, 21 de 45 médicos de la ciudad de Iquique consultados señala la calidad como un aspecto clave.

³²² En dicho sentido, véase Han, J., Kairies-Schwarz, N. y Vomhof, M. (2017) Quality competition and hospital mergers – An experiment. *Health Economics*, 26 (S3); Rogowski J, Jain AK, Escarce JJ. (2007) Hospital Competition, Managed Care and Mortality after Hospitalization for medical Conditions in California. *Health services research*, vol. 42, no.2; y Gaynor, M. (2006) Competition and Quality in Health Care Markets, *Foundations and Trends in Microeconomics*, vol 2, N°6, pág. 441–508 disponible en: <<https://www.nowpublishers.com/article/DownloadSummary/MIC-024>> [última visita: 02.12.2019].

³²³ La FTC se ha manifestado en el mismo sentido; véase Public comments in re Wellmont Health System/ Mountain States Health Alliance No. 1510115 (FTC filed Sep. 30, 2016), page 23; Complaint in re The Penn State Hershey Medical Center/ PinnacleHealth System No D-9368 (FTC Filed Dec. 14, 2015): “[I]a eliminación de la competencia entre Mountain States y Wellmont disminuirá significativamente los incentivos de los hospitales para mantener o mejorar los niveles actuales de calidad, experiencia del paciente, acceso a servicios e innovaciones tecnológicas, pues el sistema combinado no tendrá riesgo de perder pacientes con su rival pre fusión. Un punto importante, es que la reducción de calidad puede tener un efecto adverso en los resultados de los pacientes como mortalidad, readmisiones o duración de la estadía. Reducir la disponibilidad de los servicios puede resultar en disminuir el acceso, aumentar tiempos de viaje para recibir servicios, aumentar los tiempos de espera para servicios y urgencias, así como otras consecuencias negativas. De hecho, la evidencia económica empírica indica que aumentar la competencia está asociada con mejor calidad”. Traducción libre. En original: “The elimination of competition between Mountain States and Wellmont will

que la calidad es una variable relevante respecto de la cual los agentes económicos compiten, siendo un parámetro importante al analizar fusiones de hospitales³²⁴.

220. Con todo, debe considerarse que la afectación de variables distintas a precio tiende a ser difícil de cuantificar, por lo que su análisis prospectivo se basa con mayor frecuencia en evidencia cualitativa³²⁵. No obstante lo anterior, se han realizado diversos análisis *ex post* que muestran la afectación de tal variable tras la concentración, medido en factores como mortalidad y complicaciones hospitalarias³²⁶. Los resultados muestran que cuando los prestadores de salud son cercanos y tienen fines de lucro, existe una relación negativa entre concentración de mercado y variables vinculadas con calidad³²⁷, y que el efecto es mayor cuando los restantes competidores son menos cercanos o significativos competitivamente que los que se concentran³²⁸.

221. Red Interclínica acompañó a esta División diversa literatura económica a modo de sustentar que la calidad como variable competitiva para prestadores de salud no

significantly diminish the hospitals' incentives to maintain or improve current levels of quality, patient experience, and access to services and innovative technology, because the combined hospital system would no longer risk losing patients to its pre-merger rival. Importantly, a reduction in quality of care can have an adverse effect on patient outcomes such as mortality, readmissions, and length of stay. Reduced availability of services may result in decreased patient access, increased travel time to receive services, increased emergency room wait times, and other negative consequences. Indeed, the empirical economic evidence indicates that increased competition is associated with better quality".

³²⁴ De hecho, en algunas jurisdicciones la calidad juega incluso un rol más preponderante que la variable precio, en atención a los sistemas de seguros existentes (i.e. Estados Unidos).

³²⁵ En este sentido, véase: OECD (2018). Non-price Effects of Mergers – Note by United States, documento preparado para el Ítem 4 de la Reunión N°129 en Cooperación e Implementación. pág. 4, y lo señalado *infra* respecto a la medición de la variable calidad.

³²⁶ Ibid. En el mismo sentido véase: Han, J., Kairies-Schwarz, N. y Vomhof, M. (2017) Op. Cit., pág. 36

³²⁷ Han, J., Kairies-Schwarz, N. y Vomhof, M. (2017) Op. Cit., pág. 36: "Sin embargo, los efectos de estas consolidaciones de mercado en la calidad de servicios de salud son difícil de evaluar *ex ante*. Por una parte, un aumento en la concentración del mercado puede llevar a un abuso del poder de mercado, y en consecuencia, a una disminución de los niveles de calidad. Por otra parte, las fusiones pueden generar contención de costos (sinergias) que llevan a un aumento en la calidad. La literatura sobre competencia en calidad y agentes económicos que buscan maximización de los beneficios, en general, muestra una relación negativa entre concentración de mercado y calidad de la salud." Traducción libre. En el original: "Yet the effect of these market consolidations on the quality of care is difficult to assess *ex ante*. On the one hand, increased market concentration may lead to an abuse of market power and thus a decrease in quality levels. On the other hand, mergers could create cost containment (synergies) leading to increasing quality levels. The theoretical literature on quality competition and profit-maximising agents usually shows a negative relationship between market concentration and quality of care." Dicha relación, sin embargo, se verá mitigada en tanto el prestador tenga fines altruistas. A mayor finalidad altruista y menor maximización de rentabilidad, menor correlación negativa entre concentración y calidad.

Véase asimismo Estudio Salud PUCV, pág. 81.: "Por otro lado, Gaynor (2012) ha señalado que en la medida que la demanda se vuelve más elástica frente a la calidad y menos elástica frente a la variable precio, la competencia tendrá un impacto positivo en la calidad de las prestaciones. La existencia de seguros que cubren parte importante del costo de la salud, haciendo a los consumidores más insensibles frente al precio, y la existencia de datos claros sobre calidad pueden potenciar aspectos valiosos de la competencia en el ámbito la salud."; y Rogowski, J., Jain, AK., y Escarce, JJ. (2007) Hospital Competition, Managed Care and Mortality after Hospitalization for medical Conditions in California, Health services research, vol. 42, no.2, pág. 697: "Encontramos que los hospitales que enfrentan un mayor grado de competencia, generalmente tienen un índice menor mortalidad dentro de los primeros 30 días de hospitalización". Traducción libre. En original: "We found that hospitals that faced a higher degree of competition generally had lower mortality rates within 30 days of hospital admission". En el mismo sentido Han, J., Kairies-Schwarz, N. y Vomhof, M. (2017), Op. Cit. pág. 40.

³²⁸ OECD (2018). Non-price Effects of Mergers – Note by United States. Op. Cit. pág. 5.

resulta relevante. De su revisión, sin embargo, no resulta posible arribar a las mismas conclusiones que la Compradora³²⁹⁻³³⁰.

222. En apoyo a lo indicado, en el Informe Manuel Inostroza se señala que “la definición de estándares mínimos en el sector salud no alude a una connotación de poca exigencia o falta de rigurosidad”, sino que serían los mínimos legales para garantizar la seguridad de los pacientes y los que permitirían que la competencia de los prestadores privados no termine perjudicando a las personas, atendido que –en su opinión– la presión competitiva estaría centrada en precios, en detrimento de la calidad³³¹. Cabe hacer notar, sin embargo, que el análisis de esta División no contiene una apreciación respecto a si los niveles de exigencia del sistema de acreditación son o no adecuados para la realidad nacional, desde un punto de vista de política pública, sino determinar en qué medida la regulación sectorial limitaría los efectos de la Operación de cara a la variable calidad.

223. Ahora bien, la segunda observación presentada por Red Interclínica, que complementa el anterior argumento, asume que el esquema regulatorio chileno vigente sería una restricción activa para ambas Clínicas, vale decir, que ninguna de ellas se encontraría operando por sobre dichos niveles mínimos establecidos y que el estándar general ya incluiría todos o de la mayoría de los elementos relativos a la calidad de los prestadores, y por lo tanto, difícilmente la calidad de las prestaciones sería una variable que se pueda ver afectada con ocasión de la Operación. Ello, porque las prestaciones ya se encontrarían en su nivel mínimo conforme a la regulación y no existiría una estrategia por atraer demanda a través de la oferta de mejores atributos relativos a calidad³³².

224. Así, como se señaló *supra*³³³, la regulación sanitaria establece las condiciones estructurales para facultar a prestadores institucionales cerrados, tanto públicos como privados, a funcionar en el país, mientras el sistema de acreditación evalúa

³²⁹ El documento citado señala que la competencia afecta en mayor medida a las características de calidad observables –como el tiempo de espera–, que a las variables más difícilmente observables –como tasa de mortalidad–. Así, al comparar un sistema basado en competencia entre prestadores de salud con uno en que opere una regulación, el modelo competitivo implicaría una reducción de la calidad de las variables no observables. Sin embargo, dicho estudio no permite concluir que una menor competencia podría afectar positivamente algún aspecto relativo a calidad, sino que solo compara una situación competitiva respecto a un mercado regulado. Propper, C., Burgess, S. y Gossage, D. (2003) Competition and Quality: Evidence from the NHS Internal Market 1991-9. *The Economic Journal*, Vol. 118, N°525, pp.138-170.

³³⁰ Red Interclínica cita además otros tres trabajos que no se relacionan directamente con la temática referida. Con respecto a Baker, L. (2001) *Measuring Competition in Health Care Markets*, el foco del trabajo es estudiar distintas medidas de intensidad de competencia en el mercado de la salud, sin argumentar efectos de la misma sobre la variable calidad. El trabajo de Glennerster, H. (1998) *Competition and quality in health care: the UK experience*, evalúa el impacto de las reformas del sistema de salud del Reino Unido, encontrando impactos de pequeña entidad. En ese sentido, el foco del estudio no es determinar el efecto de la competencia sobre determinadas variables competitivas, como calidad, sino que evaluar el impacto de los cambios regulatorios. Finalmente, Goddard, M. (2015) *Op. Cit.* realiza una discusión con la literatura que revisa el caso de la reforma de salud del Reino Unido, ocurrido en la década de 1990, la cual reemplazó el esquema regulatorio introduciendo competencia. Dicho estudio cita evidencia que encuentra efectos nulos o negativos de la incorporación de competencia respecto a variables vinculadas con calidad. Lo anterior, al igual que en el trabajo de Propper y otros. (2003) *Op. Cit.*, no permite concluir que un prestador de salud no regulado que enfrente menos competencia podría incrementar sus niveles de calidad. Además, el trabajo señala que los alcances de su investigación no son generalizables, en particular, para países de ingresos medios o bajos.

³³¹ Véase el Informe Manuel Inostroza, pág. 4.

³³² Véase Téngase Presente Red Interclínica II, pág. 13.

³³³ Véase Sección II del presente Informe.

procesos sanitarios³³⁴. Ambos sistemas promueven la adopción de ciertos estándares de calidad, pero no han alcanzado a la fecha un nivel suficiente de desarrollo que permita asegurar resultados clínicos³³⁵.

225. En consideración de lo anterior, el sistema de acreditación no es comprensivo de la totalidad de los parámetros relacionados a calidad que actualmente poseen las Clínicas. En efecto, la acreditación se basa en la existencia de un plan de calidad institucional realizado por cada prestador, el contar con una estructura organizacional que promueva la implementación y desarrollo de dicho plan y la definición de protocolos e indicadores, medidos con cierta periodicidad³³⁶. Respecto a estos últimos, la acreditación no fija un umbral de los indicadores que el prestador escoge medir, sino que simplemente se evalúa si se registra dicha información de manera apropiada³³⁷.

226. En consecuencia, conforme se pudo corroborar en la Investigación, el sistema de acreditación sería una medición principalmente procedimental, y en menor medida de resultados. Adicionalmente, no todo plan de calidad de los prestadores es controlado por dicho sistema, sino que son los mismos prestadores los que definen los indicadores y umbrales dentro de su plan que deberían ser evaluados³³⁸.

227. De esta manera, la regulación sanitaria y el sistema nacional de acreditación, si bien constituyen un piso de calidad mínima de funcionamiento, no comprenden todos los elementos vinculados con la calidad de los prestadores de cara al usuario final, y que configuran a la calidad como parámetro de competencia en esta industria.

228. Existen indicadores de resultado relevantes, tales como tasas de reingreso de pacientes hospitalizados, tasas de mortalidad, tasa de reclamos de usuarios, número de visitas de médicos especialistas para pacientes hospitalizados, cantidad de demandas por negligencias médicas, entre otros, que dichos regímenes no contemplan en sus mediciones, y respecto de los cuales todas las entidades sujetas al sistema de acreditación, incluidas las Partes, tienen libertad para autodeterminarse.

229. La entidad fusionada gozará de la misma autonomía, resultando entonces evidente que contará con la habilidad de afectar la calidad de las prestaciones de perfeccionarse la Operación.

³³⁴ Para mayores antecedentes sobre el sistema de acreditación, véase Secciones II y VII del presente Informe.

³³⁵ Véase acta de reunión de fecha 6 de noviembre de 2019, entre funcionarios de la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud y de la División de Fusiones de la FNE, a fojas 1555 del Expediente F178.

³³⁶ Véase Guía práctica para el proceso de acreditación de prestadores institucionales de salud, disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles-8981_guia_practica_acreditacion.pdf> [última visita 02.12.2019].

³³⁷ Véase acta de reunión de fecha 6 de noviembre de 2019, entre funcionarios de la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud y de la División de Fusiones de la FNE, a fojas 1555 del Expediente F178.

³³⁸ Ídem.

230. A mayor abundamiento, la acreditación como prestador de alta complejidad requiere la obtención de un puntaje superior a un cierto umbral, el cual ambas Clínicas superan holgadamente en la actualidad³³⁹. Por lo tanto, el sistema de acreditación no constituiría una restricción activa para ninguna de ellas³⁴⁰.
231. Por último, es pertinente señalar que Red Interclínica ha indicado que en el Informe de Riesgos esta División no consideró explícitamente si la Operación podría reducir la variedad de servicios, entendiendo por tal un aspecto de competencia dinámica relativo a la prestación de nuevos servicios o inauguración de nuevas unidades³⁴¹.
232. Respecto a lo anterior, esta División considera que el nivel de resolutivez de los prestadores de salud es un atributo valioso para los usuarios y podría redundar en una mejor calidad de servicio respecto de otras prestaciones que podrían verse complementadas al incorporarse nuevos servicios médicos. Sin embargo, la Investigación no aportó antecedentes que permitieran fundar un riesgo relativo a la disminución en los incentivos a ampliar la variedad de servicios, o incentivos a reducir la resolutivez en el escenario post Operación, respecto a la situación contrafactual.
233. Así, a juicio de esta División, la crítica se referiría principalmente a la consideración de estos beneficios a usuarios finales en relación a las eficiencias dinámicas y a las medidas de mitigación presentadas, lo que se analiza en las secciones correspondientes del presente Informe.
234. Asimismo, la Compradora ha hecho referencia a los perfiles diferenciados de las Clínicas –ya señalado *supra*–. En efecto, Clínica Iquique es un prestador focalizado en un público con mayor poder adquisitivo que Clínica Tarapacá, lo que –de acuerdo a los antecedentes del Expediente F178– implicaría mayores aranceles comparados con los de Clínica Tarapacá, un porcentaje mayor de usuarios beneficiarios de Isapres, menor oferta de convenios PAD, y un nivel de calidad superior (i.e., mejor

³³⁹ En efecto, en sus primeras acreditaciones, Clínica Iquique obtuvo un 93% de cumplimiento, y Clínica Tarapacá un 90,4%. En la segunda acreditación, la entidad fusionada podría aprobar con un porcentaje de 70%. A partir de la tercera acreditación, se haría exigible un puntaje de 95%. Sin embargo, ello ocurriría en cuatro años más.

³⁴⁰ En contraposición con lo anterior, Red Interclínica presentó el Informe UDD que evalúa el impacto del sistema de acreditación sobre distintos aspectos relativos a la variable calidad, para argumentar que la aplicación del sistema de acreditación implica en general una mejora de los prestadores de salud, tanto públicos como privados. Ello podría apoyar la idea de que los prestadores privados, en bastantes casos, estarían operado al nivel mínimo exigido por el sistema de acreditación, lo que haría más plausible la hipótesis de que las Clínicas involucradas en la Operación tendrían un nivel de calidad ajustado a dicho estándar (sin holgura respecto a lo exigido por la acreditación). Sin perjuicio de lo ya señalado respecto al puntaje con que dichas Clínicas se acreditaron –bastante por sobre el mínimo exigido–, esta División considera que adicionalmente no sería correcto concluir lo anterior del Informe UDD. En efecto, dicho informe tiene entre sus conclusiones que los prestadores abiertos y cerrados por una parte y privados por otra exhiben diferencias estadísticamente significativas de calidad dependiendo de si están acreditados o no (Informe UDD, pág.77). En primer lugar, lo anterior no permite inferir que la acreditación haya elevado –en general– la calidad de los prestadores privados o cerrados. Para concluir lo anterior sería necesario corroborar el nexo causal de la correlación presentada. En segundo lugar, en caso de aceptarse que el sistema de acreditación haya elevado en general la calidad de los prestadores de salud, ello no permite argumentar que en el caso particular de las Clínicas, la acreditación estaría funcionando como una regulación activa.

³⁴¹ Véase Téngase Presente Red Interclínica II, pág. 5.

infraestructura, hotelería, tiempos de espera y mayores garantías de seguridad de las intervenciones quirúrgicas)³⁴²⁻³⁴³.

235. Con posterioridad a la Operación, de acuerdo a lo proyectado por Red Interclínica, las actuales instalaciones de Clínica Iquique serían destinadas a ciertas áreas [56] y las instalaciones de Clínica Tarapacá se destinarían a las demás unidades que ofrecen actualmente las Clínicas.

236. De lo anterior, es posible concluir que la Operación no solo tendría efectos en las variables competitivas mencionadas, sino que, además, implicaría la pérdida de alternativas diferenciadas para los residentes de Iquique. Esto sería un perjuicio para los usuarios, ya que la existencia de alternativas es algo valioso para los consumidores, quienes en la actualidad pueden escoger entre dos perfiles de prestador institucional privado.

237. Conforme a los elementos expuestos y según se detallará *infra*, producto de la disminución de competencia en los mercados relevantes afectados –y de las características propias de la Compradora– ésta obtendría la habilidad e incentivos para aumentar el precio de las prestaciones y disminuir su calidad, verificándose con ello una reducción sustancial de la competencia en los mercados analizados. En particular, la Operación daría lugar a: (i) alzas de precios y una disminución de la calidad para prestaciones hospitalarias; (ii) desmejoramiento de las posibilidades de derivación del sistema de salud pública; y, (iii) riesgos adicionales en ciertos servicios ambulatorios, en prestaciones de urgencia y respecto a la negociación de otros convenios.

238. En definitiva, la Operación significaría la eliminación de una de las dos alternativas que actualmente existen en Iquique para atención de salud institucional privada. De perfeccionarse la Operación, se monopolizaría el segmento de atención hospitalaria privada en dicha localidad, sin que existan condiciones dinámicas de mercado que hagan razonable sostener variaciones en la estructura proyectada, o que pueda preverse el ingreso de operadores que puedan disciplinar competitivamente a la entidad resultante.

239. A continuación se expone el análisis económico de los riesgos que la Operación, de perfeccionarse, conllevaría respecto de los distintos mercados analizados. En particular, los efectos de la Operación en los precios de las prestaciones, medidos como índice de presión al alza, resultan aplicables a la presión a la disminución a la calidad de las mismas³⁴⁴.

³⁴² Véase informes de acreditación de las Clínicas, en respuesta de Clínica Iquique al Oficio Ord. N°2232 a fojas 1598 del Expediente F178, y de Clínica Tarapacá al Oficio Ord. N°2231 a fojas 1594 del Expediente F178. También véase Cuestionario y Encuesta Activa Research.

³⁴³ Dicha diferenciación que existiría en los productos ofrecidos por las Partes ha sido considerada en la evaluación en la presente sección, toda vez que el foco del análisis es la cercanía competitiva entre las Partes.

³⁴⁴ Si bien la mayoría de los test cuantitativos desarrollados en esta sección tienen como objetivo entregar alguna magnitud de la reducción sustancial de la competencia que produce la Operación, expresadas normalmente en presiones al alza de los precios, dichas mediciones muestran el incentivo de la entidad concentrada a aumentar sus márgenes (i.e., vía un aumento de precios y/o una disminución de costos que afecte la calidad de los servicios ofrecidos), dado que luego de la Operación un porcentaje de las ventas perdidas por dicha afectación de las condiciones de oferta, podría ser recapturada través de un aumento de las

IV.A. Riesgos en atención hospitalaria programada

1. Riesgos respecto de los usuarios de aseguradoras privadas

a) Introducción

240. Según lo expuesto, los antecedentes de la Investigación dan cuenta que, de materializarse la Operación, se verificaría una reducción de la competencia en los mercados de prestaciones hospitalarias para los beneficiarios de aseguradoras privadas, riesgo que sería sustancial, atendido a que es posible proyectar un aumento de los aranceles y una disminución en la calidad de las prestaciones por parte de la entidad fusionada.

241. El aumento de los aranceles, con posterioridad a la Operación, se produciría por un incremento en el poder negociador de las Clínicas respecto de las Isapres³⁴⁵. Como se señaló *supra*³⁴⁶, dependiendo del plan convenido por cada Isapre con sus beneficiarios, el porcentaje de los aranceles que estos últimos deben pagar varía entre un 40% y un 20% del valor de las prestaciones hospitalarias, con determinados valores tope de bonificación que, en ciertos casos, eleva dicho porcentaje no cubierto por el seguro. Así, el aumento de los aranceles de las prestaciones de salud negociadas con cada Isapre, es asumido en un cierto porcentaje por los usuarios y en otro por las Isapres.

242. Es pertinente señalar que, en el caso de los planes antiguos, existen prohibiciones a nivel normativo que restringen la posibilidad de las Isapres de elevar el costo de los planes producto del alza en los aranceles³⁴⁷⁻³⁴⁸. Sin embargo, en el caso de nuevos afiliados, las Isapres no tienen limitaciones para traspasar el alza de los aranceles a los planes ofrecidos, ya sea mediante un mayor valor de los mismos o una menor cobertura –menor porcentaje de bonificación o tope más acotados–.

ventas de la otra Clínica. Al respecto, véase Willig, R. (2011). Unilateral competitive effects of mergers: Upward pricing pressure, product quality, and other extensions. *Review of Industrial Organization*, 39(1-2), 19. Es pertinente señalar, no obstante, que la interpretación directa de la magnitud de estos indicadores como variaciones estimadas en precios o calidad presenta dificultades cuando ambas variables son endógenas. Véase OECD (2018) *Considering non-price effects in merger control – Background note by the Secretariat*, documento preparado por la Secretaría de la OECD para el Ítem 4 de la Reunión N°129 en Cooperación e Implementación.

³⁴⁵ Según se señala en la Sección III, las negociaciones relativas a los aranceles de cada prestación entre las Isapres y las Partes considera el contexto de competencia local, por lo cual, de perfeccionarse la Operación, se produciría una concentración en la oferta privada de prestadores institucionales cerrados disponibles para los afiliados a Isapre en la ciudad de Iquique. Respuesta de Isapres a solicitudes de información según consta en Expediente F178 En ese sentido, véase [56]. Adicionalmente, véase respuesta Nueva Masvida a Ord. N°0661, a fojas 492 del Expediente F178; y respuesta Vida Tres a Oficio Ord. N°0658, a fojas 440 del Expediente F178.

³⁴⁶ Véase la Sección II del presente Informe.

³⁴⁷ Esto, considerando las restricciones a nivel normativo, que establecen limitaciones al alza del precio base del plan de salud, conforme dispone el artículo 197 inciso tercero y artículo 198 del DFL N°1.

³⁴⁸ Independientemente de las restricciones en el alza unilateral de planes por parte de las Isapres (artículos 197 y 198 DFL N°1), no existen limitaciones al aumento de precios por parte de los prestadores de salud.

243. Dicho riesgo fue reparado por las Isapres en el marco de la Investigación, quienes sostuvieron que, de perfeccionarse la Operación, la entidad resultante aumentaría su poder negociador, al no contar con otro prestador con quien comparar tarifas, exponiendo como efecto directo la pérdida de alternativas cercanas para sus afiliados, y la consecuente restricción en el acceso de sus usuarios a la salud³⁴⁹.

244. En cuanto al riesgo de disminución de la calidad de las prestaciones, la Operación implicaría una reducción de los incentivos de las Clínicas para atraer usuarios por la vía de mantener cierto estándar de servicios (lo que se ve reflejado en mayores costos o menores márgenes) o de ofrecer mejoras que los hagan más atractivos en relación al de la competencia, dado que no enfrentarían presión competitiva en el mercado definido.

b) Análisis económico

245. Como punto de partida para analizar los eventuales riesgos unilaterales que implicaría la Operación, corresponde efectuar un examen estructural del mercado de prestaciones hospitalarias, de conformidad a las participaciones de mercado de las Partes y la variación en la concentración producto de la Operación.

246. Conforme a la definición de mercado relevante efectuada *supra*, de aplicarse el índice Herfindahl Hirschman (“HHI”) post Operación éste arroja un resultado de 10.000, por tratarse de una fusión a monopolio, al concentrarse los dos únicos prestadores privados de atención cerrada de la ciudad de Iquique.

247. Aunque resulta evidente que una operación de concentración que elimine completamente la competencia en el ámbito relevante en que ésta ocurre, conlleva derechamente una reducción sustancial de la competencia, en operaciones de concentración que involucran bienes diferenciados³⁵⁰, dicho enfoque estructural debiese ser contrastado con un análisis que tome en cuenta tanto los niveles de competencia entre las Partes, como la presión que ejercen otros prestadores fuera del mercado relevante definido *supra*³⁵¹. En este caso particular, dicha presión la

³⁴⁹ Respuesta de Isapres a solicitudes de información según consta en Expediente F178. En ese sentido, véase [57]. Adicionalmente, véase respuesta Nueva Masvida a Ord. N°0661, a fojas 492 del Expediente F178; y respuesta Vida Tres a Oficio Ord. N°0658, a fojas 440 del Expediente F178.

³⁵⁰ En este caso particular, resulta evidente que la Operación involucra bienes diferenciados en cuanto a la naturaleza de los servicios y las diferentes locaciones en que se prestan.

³⁵¹ Este enfoque ha sido utilizado con anterioridad por esta Fiscalía, según lo indicado en la Sección III del presente Informe.

Véase asimismo: Farrell, J. y Shapiro, C. (2010) Antitrust evaluation of horizontal mergers: An economic alternative to market definition, en: The BE Journal of Theoretical Economics, 10(1), pág. 4, disponible en <<https://faculty.haas.berkeley.edu/shapiro/alternative.pdf>> [última vista: 02.12.2019]: “(...) La diferenciación de producto puede hacer problemático definir mercado relevante, especialmente porque los productos deben ser declarados ‘dentro’ o ‘fuera’, creando un riesgo de que el resultado de una investigación o caso de fusión dependa de un ejercicio que impone un límite inevitablemente artificial.” Traducción libre. En el original: “Product differentiation can make defining the relevant market problematic, notably because products must be ruled “in” or “out”, creating a risk that the outcome of a merger investigation or case may turn on an inevitably artificial line-drawing exercise”; y Shapiro, C. (1996) Mergers with Differentiated Products, ABA Articles and Features, pág. 23, disponible en: <<https://pdfs.semanticscholar.org/0334/1cb7a9d50bbb2d6aa396106e0f9123cbe665.pdf>>. [última vista: 02.12.2019]: “Este enfoque estructural tradicional para la política de fusiones, que se remonta a la década de 1960, pero que ha sido perfeccionada como se acaba de describir, es menos atractiva para productos diferenciados. Cuando los productos son altamente diferenciados, las inquietudes sobre efectos coordinados pueden ser secundarias a las inquietudes sobre efectos unilaterales. Y, para evaluar los efectos unilaterales

podrían ejercer el Hospital de Iquique o prestadores fuera de la Región de Tarapacá (i.e. Santiago u otras localidades).

248. Para efectos de evaluar la cercanía competitiva de las Clínicas, se aplicó el análisis de competidor directo. De esta manera, mientras más cercanas competitivamente sean las Clínicas que se fusionan, mayor será el incentivo de la entidad fusionada para ejercer poder de mercado. El análisis de cercanía competitiva –conforme es la práctica de esta División para la determinación de riesgos unilaterales– se efectúa considerando toda la evidencia que da cuenta del grado de competencia directa entre las partes de una operación. Para este caso, la evidencia cualitativa de la Investigación junto con el cálculo de las razones de desvío³⁵²⁻³⁵³, permiten concluir que Clínica Iquique y Clínica Tarapacá serían competidores cercanos y que el resto de las alternativas son competitivamente más lejanas³⁵⁴.

249. Las razones de desvío deben interpretarse como el porcentaje de clientes que migra hacia las distintas alternativas, ante un cambio en las condiciones de oferta. Así, los índices de presión al alza en precios que se calculan a partir de éstas, muestran el incentivo de la entidad concentrada a aumentar sus márgenes (i.e., vía un aumento de precios y/o una disminución de costos que afecte la calidad de los servicios ofrecidos), dado que luego de la Operación, un porcentaje de las ventas perdidas por dicha afectación de las condiciones de oferta, podría ser recapturado a través de un aumento de las ventas de la otra Clínica³⁵⁵.

con mayor precisión, es altamente deseable ir más allá del grado de concentración de la industria para observar directamente el nivel de competencia entre las marcas fusionadas”. Traducción libre. En el original: “This traditional structural approach towards merger policy, which dates back to the 1960s but has been refined as just described, is less attractive for differentiated products. When products are highly differentiated, concerns about coordinated effects may be secondary to concerns about unilateral effects. And, to assess unilateral effects most accurately, it is highly desirable to go beyond industry concentration measures to look directly at the extent of competition between the merging brands”.

³⁵² Las razones de desvío representan los patrones de sustitución de los usuarios de alguna de las Clínicas ante la condición de escoger otra alternativa de atención. La FNE ha empleado esta metodología de análisis en diversas oportunidades: TPA/Neltume y Belfi, 2018, Rol FNE F135-2018; Santander-Chile/Servipag, 2017, Rol FNE F101-2017; Ideal S.A./Nutrabien S.A., 2017, Rol FNE F90-2017; Essilor/Luxottica, Rol FNE F85-2017; y Acuerdo Extrajudicial entre FNE y Holchile S.A. e Inversiones Caburga Ltda., 2017, Rol TDLC AE-14-17. También pueden consultarse los roles FNE F43-2015; F36-2014 y F1-2013 y el rol TDLC AE12-2015. En la jurisprudencia del TDLC, véase: Resolución N°43/2012, Consulta de SMU S.A. sobre fusión entre SMU S.A. y Supermercados del Sur S.A., Rol NC 397-11.

³⁵³ En este caso, siguiendo las recomendaciones de la CMA para el desarrollo de encuestas, en la Encuesta Activa Research se incluyó la pregunta de sustitución obligando a los encuestados a situarse en un escenario hipotético donde el prestador que escogió no se encontraba disponible de manera permanente. Este tipo de pregunta, usual en este modelo de encuestas, tiene la ventaja de maximizar el número de desvíos hacia otras alternativas de mercado (al impedirse la opción de permanencia), lo que incrementa el tamaño de la muestra y reduce la varianza de las estimaciones. Adicionalmente, cumple la función de obviar el problema del copago, pago parcial o no pago al que podrían enfrentarse los usuarios, en tanto su primera opción no aumenta los precios, sino que deja de existir definitivamente. Los lineamientos planteados por la CMA, constan en: CMA. 2018. “Good practice in the design and presentation of customer survey evidence in merger cases”, disponible en: <https://www.gov.uk/government/publications/mergers-consumer-survey-evidence-design-and-presentation> [última visita: 02.12.2019].

³⁵⁴ En efecto, la cercanía competitiva de las Partes consta en respuesta de Banmédica a Oficio Ord. N°0659, a fojas 436 del Expediente F178; respuesta de Cruz Blanca a Oficio Ord. N°0657, a fojas 458 del Expediente F178; respuesta Vida Tres a Oficio Ord. N°0658, a fojas 440 del Expediente F178.

³⁵⁵ Por esta razón los índices de presión al alza en precio y, especialmente, las razones de desvío, se utilizan en otras jurisdicciones para evaluar operaciones de concentración entre prestadores de salud, aun en aquellos casos en que las personas no realizan ningún desembolso por sus prestaciones, en ese sentido, la Guía de la CMA sobre prestadores de salud señala: “Al evaluar la cercanía competitiva, el punto de partida de la CMA será considerar los patrones de referencia y las superposiciones entre las áreas de influencia de los proveedores que se fusionan junto con las de cualquier otro proveedor local, dado que la ubicación suele ser

250. En la siguiente tabla se presentan las razones de desvío calculadas a partir de la Encuesta Activa Research, para prestaciones hospitalarias de los afiliados a Isapre³⁵⁶:

Tabla 10
Razones de desvío de prestaciones hospitalarias para usuarios Isapre según resultados de Encuesta Activa Research

Desde	Hacia	Razones de desvío
Clínica Iquique	No se atendería	2,8%
	Clínica Tarapacá	53,5%
	Hospital de Iquique	24,7%
	Otros fuera de la Región de Tarapacá	19%
Clínica Tarapacá	No se atendería	6,3%
	Clínica Iquique	70%
	Hospital de Iquique	15%
	Otros fuera de la Región de Tarapacá	8,8%

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta Activa Research

251. Como se observa, en el caso hipotético de que su prestador inicial hubiere cerrado permanentemente, un 53,5% de los pacientes hospitalarios de Clínica Iquique habría elegido a Clínica Tarapacá, y un 70% de los pacientes hospitalarios de Clínica Tarapacá habría elegido la Clínica Iquique. Adicionalmente, un 19% de los pacientes de Clínica Iquique y un 8,8% de los de Clínica Tarapacá habrían sustituido dicha clínica por prestadores ubicados fuera de la Región de Tarapacá.

252. Por otro lado, según se muestra, ante indisponibilidad de la clínica que escogió, los encuestados reportan desvíos desde ambas Clínicas hacia el Hospital de Iquique (24,7% y 15% para usuarios de Clínica Iquique y de Clínica Tarapacá, respectivamente), y hacia la alternativa de no atenderse en ningún prestador (ni de la Región de Tarapacá, ni fuera de ésta).

253. Al respecto, es pertinente tener en cuenta que el instrumento aplicado tiene por objeto reflejar las preferencias declaradas de los encuestados. En dicho sentido, las

importante en la elección de los hospitales por parte de los pacientes. La CMA también puede encuestar a los pacientes o usar la evidencia existente sobre las tasas de derivación (por ejemplo, evidencia de dónde fueron los pacientes en caso de un cierre temporal). Esto puede proporcionar evidencia de cómo los pacientes y los médicos de cabecera eligen entre proveedores en el área local". Traducción libre. En original: "When assessing closeness of competition, the CMA's starting point will be to consider referral patterns and the overlaps between the catchment areas of the merging providers together with those of any other local providers, given that location is usually important in patients' choice of hospitals. The CMA may also survey patients or use existing evidence on diversion ratios (for example, evidence of where patients went in the event of a temporary closure). This may provide evidence of how patients and GPs are choosing between providers in the local area", véase CMA Guidelines Healthcare, pág. 37-38, párrafo 6.53.

³⁵⁶ La pregunta realizada a los encuestados, como señala el Anexo I del Informe de Riesgos, es la siguiente: "En relación a dicha hospitalización, en caso de que no hubiera estado disponible la clínica a la que acudió, y hubiera quedado no disponible de manera permanente, tomando en cuenta todas las opciones ¿Qué habría hecho?: (i) No se atendería; (ii) Se atendería en otro lugar". En caso de que el encuestado respondió que se atendería en otro lugar, se preguntó: "¿Dónde se habría atendido?" (pregunta espontánea).

respuestas reportadas corresponden a las expectativas que los usuarios tendrían frente a una situación hipotética que no han experimentado. Por lo mismo, en ciertos casos, como el analizado, la voluntad declarada por los usuarios podría no ser viable. La incongruencia entre las posibilidades reales de sustitución y la voluntad declarada de los encuestados queda de manifiesto con la elección por el Hospital de Iquique toda vez que, atendidos sus niveles de saturación, los beneficiarios de Isapre no tendrían acceso real a dicho establecimiento respecto a hospitalizaciones programadas.

254. La anterior consideración implica, en este caso, que las razones de desvío reportadas entre las Clínicas estén subestimadas, por cuanto la manifestación de no atenderse en casos que requieren atención médica –por ejemplo, en partos programados–, es reflejo de encuestados con baja disposición a migrar atendida su lealtad de marca hacia la clínica inicialmente escogida, y la intención de cambio hacia otras alternativas inviables demuestra una sobreestimación de alternativas a los cuales los usuarios no pueden acudir³⁵⁷.

255. Considerando que el sesgo debiese subestimar los riesgos y que los resultados de la encuesta son consistentes con los datos de Isapre³⁵⁸, esta División utilizó los índices de presión al alza en precios a partir de las razones de desvío de la Tabla 10 para cuantificar el presente riesgo unilateral.

³⁵⁷ Otro aspecto que no consideran las razones de desvío estimadas a partir de la Encuesta Activa Research es la inauguración de las nuevas instalaciones de Clínica Tarapacá durante el año 2020, lo cual implicaría un aumento significativo de su capacidad, pasando de un total de 35 a 59 camas, de 4 a 6 pabellones quirúrgicos y de 8 a 26 box de urgencia. Ello fue referido en el Téngase Presente Red Interclínica II, pág. 5. Posiblemente esta modificación podría significar un mayor desvío desde Clínica Iquique hacia Clínica Tarapacá, considerando la mejora en infraestructura. Sin embargo, es difícil predecir cuántos usuarios que actualmente se desviarían fuera del mercado geográfico, luego de este cambio optarían por Clínica Tarapacá. Respecto a los usuarios de Clínica Tarapacá, en principio, la ampliación presentada no debería afectar las razones de desvío, sino la cantidad de usuarios dispuestos a cambiar ante una variación de las condiciones competitivas, dado que la razón de desvío es la proporción de usuarios que migran hacia un determinado prestador dentro del total de los que deciden migrar. En cualquier caso, esta omisión significaría una subestimación de las razones de desvío desde Clínica Tarapacá hacia Clínica Iquique, lo que implica que subestima la verdadera cercanía competitiva entre las Clínicas.

³⁵⁸ Si se calculan las razones de desvío a partir de información aportada por las Isapres, que considere a usuarios residentes de la ciudad de Iquique, las razones de desvío desde Clínica Iquique hacia Clínica Tarapacá para el año 2018 sería de 41% y desde Clínica Tarapacá hacia Clínica Iquique de 61%. Esta estrategia de cálculo tiene como supuesto que la probabilidad de escoger un prestador es igual al porcentaje de atenciones de dicho prestador en un momento del tiempo respecto del total de atenciones de usuarios residentes en Iquique, y que no existen personas que decidan no atenderse, ante cambio en las condiciones de oferta. Así, las razones de desvío se obtienen de aplicar la siguiente fórmula: $Razon\ de\ desvío\ desde\ CI\ a\ CT = \frac{s_{CT}}{1-s_{CI}}$; donde, s_j es el porcentaje de atenciones hospitalarias de residentes en Iquique del prestador j sobre el total de atenciones hospitalarias de residentes en Iquique; CI y CT son Clínica Iquique y Clínica Tarapacá, respectivamente. Si se restringe la base solamente a los pacientes que entre los años 2014 y 2018 no recibieron ninguna prestación hospitalaria en Santiago (que representan más del 90% de los pacientes hospitalarios de cada Clínica) las razones de desvío desde Clínica Iquique hacia Clínica Tarapacá para el año 2018 sería de 64,9%, y desde Clínica Tarapacá hacia Clínica Iquique de 79,4%. En este caso, considerar solo a los pacientes que tienen mayor predisposición a atenderse dentro del mercado relevante geográfico sigue un criterio análogo al utilizado por la *Bundeskartellamt* para aplicar el test de E-H, en cuanto se considera que la proporción de usuarios que frecuentemente se atiende en Santiago no es un buen estimador de la predisposición de los consumidores de sustituir prestadores ante variaciones en las condiciones de oferta (en el sentido de que los usuarios que en la actualidad manifiestan preferencias por atenderse fuera, ante un desmejoramiento en las condiciones de oferta, seguiría mostrando la misma predisposición, por lo que no representan apropiadamente el comportamiento del consumidor marginal). Véase Sección III sobre la falacia de la mayoría silenciosa.

256. Los índices de presión al alza en precios permiten cuantificar los riesgos unilaterales de una operación, ya que reflejan el cambio en los incentivos provocado por la incorporación de nuevos productos en la oferta de la empresa concentrada. Dentro de estos índices se encuentran el *Gross Upward Pricing Pressure Index* (“GUPPI”), el *Illustrative Price Rise* (“IPR”) y el *Compensating Marginal Cost Reduction* (“CMCR”)³⁵⁹⁻³⁶⁰.

257. Los índices de presión al alza en precio mencionadas son herramientas que permiten cuantificar la pérdida de presión competitiva que genera una operación entre competidores. El IPR expresa dicha disminución de competencia, como un porcentaje de aumento de precios³⁶¹, mientras que el GUPPI y el CMCR la expresan como la reducción de costos marginales (como porcentaje del precio) que permitiría mitigar los efectos esperados de la fusión³⁶²⁻³⁶³.

258. Para el presente caso, en que el resultado de la Operación constituiría un monopolio en el mercado relevante³⁶⁴, se considera que el CMCR representa la herramienta cuantitativa más idónea por tomar en consideración todas las reacciones en equilibrio de los competidores ante un alza de precios³⁶⁵⁻³⁶⁶.

³⁵⁹ La utilización de índices de presión al alza en precios se encuentra reconocida en la Guía de Fusiones Horizontales de Estados Unidos (Horizontal Mergers Guidelines, 2010) del DOJ y la FTC. Para mayores antecedentes, véase: Farrell, J. y Shapiro, C. (2010), “Antitrust evaluation of horizontal mergers: An economic alternative to market definition”, en: *The BE Journal of Theoretical Economics*, 10(1), 2010; Salop, S. y Moresi, S. (2009) *Updating the Merger Guidelines: Comments*. Werden, G. y Froeb, L. (2011). “Choosing among tools for assessing unilateral merger effects”. La FNE ha empleado GUPPI e IPR en reiteradas oportunidades, y el CMCR ha sido utilizado por Massimo Motta en la causa “Recurso de Revisión Especial de Ideal S.A. y otro en contra de Resolución de la FNE”, Rol TDLC RRE-1-2018.

³⁶⁰ En cuanto al UPP, las decisiones previas de esta Fiscalía citadas precedentemente dan cuenta de que valores superiores a un 10% son considerados como riesgosos. Asimismo, el TDLC ha considerado como umbral de eficiencia un 10% para su análisis de presión al alza en precios en operaciones de concentración, según estándares internacionales de otras autoridades de competencia. (Véase Resolución N°43/2012, Consulta de SMU S.A. sobre fusión entre SMU S.A. y Supermercados del Sur S.A., Rol NC 397-11, Resuelto 13.26).

³⁶¹ El IPR, a diferencia de los otros indicadores, requiere un mayor número de supuestos respecto a la estructura del mercado. Véase Hausman, J., Moresi, S y M. Rainey (2011). “Unilateral effects of mergers with general linear demand”. En: *Economics Letter*, Volume 111, Issue 2, May 2011, Pag. 119–121.

³⁶² Los índices presentados se basan en un modelo de competencia Bertrand con bienes diferenciados.

³⁶³ La diferencia entre el CMCR y el GUPPI consiste en que éste último supone, al momento de evaluar la presión al alza en precios de una de las partes, que los precios de todos los demás actores del mercado, incluyendo los de la otra parte de la operación, permanecerían constantes. En casos, donde la variación del comportamiento de las otras firmas en el mercado previo y post operación es muy significativa, el GUPPI realiza una subestimación significativa de los verdaderos efectos de la operación, al no tomar en cuenta el efecto de retroalimentación que produciría el aumento de precios de una firma en el Mercado. Véase: Farrell, J. y Shapiro, C. (2010), “Antitrust evaluation of horizontal mergers: An economic alternative to market definition”, en: *The BE Journal of Theoretical Economics*, 10(1).

³⁶⁴ Es preciso señalar que, en el presente caso, otros índices de presión al alza en precio comúnmente utilizados como el IPR o el GUPPI, resultan menos apropiados. En efecto, para un caso de fusión a monopolio, que implican cambios relevantes en los márgenes post-fusión, no resultaría aplicable el supuesto de que los márgenes de la otra parte de la operación no varían. Por el contrario, el CMCR considera el efecto retroalimentador que tendría el aumento de los márgenes de la propia clínica que se está evaluando sobre las demás, lo que en este caso -dadas las altas razones de desvío- sería muy relevante.

³⁶⁵ Para más información véase Moresi S., y Zenger H. (2017), *Aggregate Diversion and Market Elasticity*; Gregory J. Werden (1996), *A Robust Test for Consumer Welfare Enhancing Mergers Among Sellers of Differentiated Products*, *The Journal of Industrial Economics*, 44, 4, pág. 409-413.

³⁶⁶ La Comisión Europea ha calculado el CMCR para casos relacionados al mercado de telefonía móvil, indicando que: “El CMCR tiene en consideración que una reducción de los costos marginales de un producto J, también tendrá un efecto de retroalimentación en las condiciones de primer orden de otros productos, por la vía de un aumento en el margen del producto J” Traducción libre. En el original: “CMCR (...) take account of the fact that a marginal cost reduction of product j will, via an increase in the margin of product j, also have a feedback

259. Como se mencionó, el CMCR mide el nivel de ahorros de costo marginal requerido para neutralizar el incentivo a aumentar los precios que genera una operación de concentración, es decir, entrega un orden de magnitud de las eficiencias que deberían acreditarse para compensar los riesgos a la competencia³⁶⁷. Resulta razonable determinar sobre la base de esta herramienta los posibles efectos anticompetitivos de una operación de concentración, toda vez que los factores que determinan el traspaso de reducciones de costo marginal también determinan los efectos en precios de una operación³⁶⁸.

260. El nivel de reducción de costo marginal requerido resulta de despejar Δc_1 y Δc_2 del siguiente sistema de ecuaciones:

$$\left. \begin{aligned} -\Delta c_1 + D_{12} * (m_2 + \Delta c_2) &= 0 \\ -\Delta c_2 + D_{21} * (m_1 + \Delta c_1) &= 0 \end{aligned} \right\} \rightarrow \begin{aligned} \Delta c_1 &= D_{21} * (m_1 + D_{12} * m_2) / (1 - D_{21} * D_{12}) \\ \Delta c_2 &= D_{12} * (m_2 + D_{21} * m_1) / (1 - D_{21} * D_{12}) \end{aligned}$$

Donde Δc_1 y Δc_2 corresponden, respectivamente, a la variación de los costos marginales requerida para la clínica 1 y la clínica 2 (CMCR); D_{12} y D_{21} son, respectivamente, las razones de desvío de pacientes desde la clínica 1 hacia la clínica 2, y desde la clínica 2 hacia la clínica 1; y m_1 y m_2 son, respectivamente, los márgenes de comercialización (en valor) de la clínica 1 y de la clínica 2.

261. En la siguiente tabla se presentan los índices de presión al alza en precios, a partir de las razones de desvío de la Encuesta Activa Research y la información de márgenes y precios promedio para pacientes hospitalarios de las Clínicas, según la información proporcionada por éstas sin realizar ningún tipo de ajuste³⁶⁹⁻³⁷⁰. Cabe señalar que estos indicadores deben interpretarse teniendo en cuenta que el riesgo se encuentra cuantificado en el máximo valor detectado considerando ambas Clínicas.

Tabla 11
Índices de presión al alza en precios para usuarios Isapre según razones de desvío de Encuesta Activa Research e información de márgenes y precios aportada por las Partes [58]

Prestador	IPR	GUPPI	CMCR
C. Iquique	[10-15]%	[5-10]%	[25-30]%
C. Tarapacá	[50-55] %	[45-50]%	[100-105]%

Fuente: Elaboración propia a partir de antecedentes del Expediente F178

effect on the first order conditions for other products”, Comisión Europea. Hutchison 3G UK/Telefonica UK, Case M.7612. Adicionalmente, en dicho sentido, véase informe de Massimo Motta “Una evaluación económica de la fusión eventual Ideal/Nutrabien”, que consta a fojas 348 del expediente del TDLC en la causa “Recurso de Revisión Especial de Ideal S.A. y otro en contra de Resolución de la FNE”, Rol TDLC RRE-1-2018.

³⁶⁷ El nivel de reducción de costo marginal requerido corresponde al ahorro de costos que iguala las condiciones de primer orden de las firmas post fusión, con las condiciones de primer orden pre operación.

³⁶⁸ En este sentido, véase Werden, G. y Froeb, L. (2011) Choosing among tools for assessing unilateral merger effects, pág. 6, disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/c863/777b1bb01ee3adbc0ca436f47b4598b1b592.pdf> [última vista: 02.12.2019].

³⁶⁹ Información aportada por las Partes, en respuestas de Red Salud a Oficio Ord. N°1480 a fojas 973 del Expediente F178, y de Red Interclínica a Oficio Ord. N°1479, a fojas 980 del Expediente F178.

³⁷⁰ El número de pacientes hospitalarios que se utiliza para la estimación de los IPR se obtiene de información de las Isapres y de Fonasa.

262. Ahora bien, en atención a que los precios y los márgenes presentados por las Partes corresponden a promedios, y las Clínicas no tienen exactamente la misma proporción de ventas en las distintas prestaciones hospitalarias, se procedió a calcular los índices a partir de precios promedio de prestaciones hospitalarias en que participan ambas Clínicas, y se promedió utilizando un mismo ponderador, consistente en las ventas de las dos Clínicas para el año 2018. En cuanto a los márgenes, se consideraron múltiples escenarios en torno a los valores presentados por las Clínicas (entre 20% y 40%). De este modo, se obtiene el ahorro de costos que podría mitigar los riesgos unilaterales descritos para el promedio de las prestaciones hospitalarias brindadas por las Clínicas, ante distintos escenarios de márgenes de comercialización. Como se muestra en la siguiente tabla, en todos los escenarios la Operación implica la necesidad de acreditar eficiencias muy relevantes de costos –superiores al 40% de los aranceles.

Tabla 12
Estimación CMCR a partir de distintos escenarios de márgenes, y precios promedios con igual ponderador para prestaciones hospitalarias [59]

Escenario	Márgenes		CMCR	
	C. Iquique	C. Tarapacá	C. Iquique	C. Tarapacá
1	20%	40%	[40-45]%	[45-50]%
2	30%	40%	[50-55]%	[55-60]%
3	20%	50%	[50-55]%	[50-55]%
4	30%	50%	[55-60]%	[65-70]%

Fuente: Elaboración propia a partir de antecedentes del Expediente F178

263. En términos simples, atendida la cuantía de los riesgos aparejados a la Operación, lo anterior conlleva que las Clínicas deberían acreditar ahorros de costo marginal muy relevantes a fin de neutralizar el incentivo a aumentar los precios que el perfeccionamiento de dicha transacción generaría.

2. Riesgos respecto de beneficiarios de Fonasa

a) Introducción

264. En relación con los beneficiarios de Fonasa que optan por atenderse con prestadores privados mediante la modalidad MLE, los riesgos relativos a aumento de los aranceles se focalizan, principalmente, en las prestaciones hospitalarias. Por su parte, en relación a la variable calidad, un debilitamiento de los incentivos para invertir no se circunscribe a un tipo de usuario en particular, por lo que las conclusiones relativas a los usuarios de Isapre son homologables a los beneficiarios de Fonasa.

265. Es pertinente señalar que Fonasa no se vería afectada directamente por la Operación en este sentido, por cuanto –a diferencia de lo descrito respecto a las prestaciones bonificadas por Isapres– las alzas en los aranceles en general no significarían un aumento en las bonificaciones que tendría que realizar al prestador

privado³⁷¹. Por lo tanto, en virtud de este riesgo, los únicos directamente afectados por la Operación serían los beneficiarios de Fonasa.

266. En lo sucesivo, respecto de los afiliados a Fonasa, se evalúan los riesgos de aumento de aranceles y de disminución de la calidad derivados de la pérdida de la competencia entre Clínica Iquique y Clínica Tarapacá.

b) Análisis económico

267. Respecto de las prestaciones hospitalarias, cabe diferenciar entre prestaciones paquetizadas (PAD) y no paquetizadas. Para las prestaciones paquetizadas, sujetas a aranceles fijos, un aumento del poder de mercado de la entidad fusionada podría traducirse en una eliminación de este tipo de servicios³⁷², lo que obligaría a los usuarios a pagar de manera desagregada, asumiendo una mayor exposición al riesgo financiero en aquellas prestaciones quirúrgicas que pudieran complicarse³⁷³. Respecto a las prestaciones no paquetizadas, correspondientes a día cama y derecho de pabellón, los prestadores privados fijan sus aranceles libremente, por lo que un aumento de poder de mercado derivado de la Operación podría traducirse en un incremento en precios.

268. Sin perjuicio de lo señalado, en el curso de la Investigación Red Interclínica hizo presente que la entidad resultante de la Operación no tendría la capacidad de aumentar los precios, debido a la existencia de convenios de larga data vigentes entre Red Interclínica y Fonasa, en virtud de los cuales los aranceles por pabellón y día cama se reajustarían anualmente por IPC³⁷⁴. Al ser consultada por mayores antecedentes sobre dicho convenio³⁷⁵, la Compradora señaló que las obligaciones consisten en cobrar a los usuarios el arancel correspondiente a Fonasa nivel 3³⁷⁶. Sin embargo, según fue expuesto en la Sección II del presente Informe, dicho nivel solo regula el arancel de las prestaciones ambulatorias, manteniéndose por tanto la libertad tarifaria para día cama y derecho de pabellón.

269. En efecto, en base a la información acompañada por Red Interclínica sobre los aranceles de pabellón y día cama cobrados anualmente a beneficiarios Fonasa³⁷⁷, es posible concluir que estos se han modificado sin seguir los patrones informados, es decir reajustes anuales por IPC. A modo ilustrativo, la siguiente figura refleja la variación promedio de los precios de día cama de Clínica Tarapacá, la variación del IPC, y el monto de bonificación de Fonasa a prestaciones día cama, con respecto a los últimos cuatro años:

³⁷¹ Indirectamente la Operación podría tener efectos para Fonasa, si un encarecimiento del sistema privado para sus beneficiarios resulta en un mayor flujo de pacientes hacia el sistema público. Lo anterior, se materializaría en: (i) un aumento de las listas de espera; y, (ii) un aumento en los gastos del Hospital de Iquique, lo que genera una presión sobre el presupuesto de dicho establecimiento financiado por Fonasa.

³⁷² Por cuanto las prestaciones paquetizadas (PAD) cuentan con un arancel fijo. Véase Sección II.

³⁷³ Lo anterior dado que las prestaciones paquetizadas, en un único valor incluyen las eventualidades de mayores gastos, cuando dichos gastos implicarían gastos extra en caso de prestaciones no sujetas a paquetes.

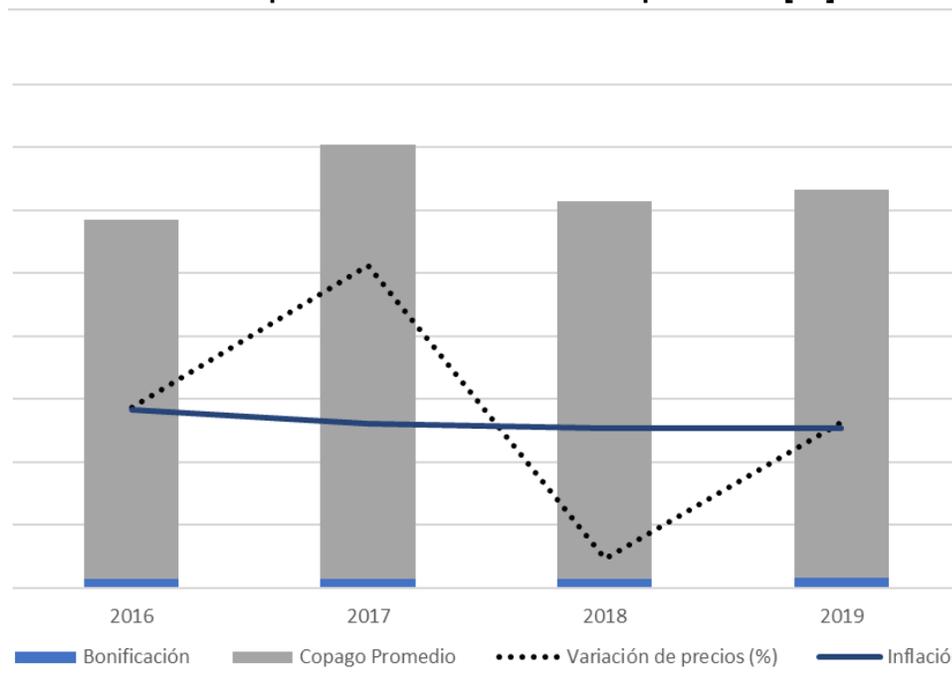
³⁷⁴ Mediante presentación de fecha 1 de agosto de 2019, a fojas 1012 del Expediente F178.

³⁷⁵ En atención a que, en virtud de la respuesta de Red Interclínica a Oficio Ord. N°1683, a fojas 1277 del Expediente F178, [60].

³⁷⁶ Respuesta de Red Interclínica a Oficio Ord. N°1718, a fojas 1352 del Expediente F178.

³⁷⁷ Respuesta de Red Interclínica a Oficio Ord. N°1718, a fojas 1352 del Expediente F178.

Figura 6
Variación precios día cama Clínica Tarapacá e IPC [61]



Fuente: Elaboración propia a partir de información aportada por Red Interclínica

270. En virtud de lo anterior, no existe evidencia de obligaciones contractuales entre Clínica Tarapacá y Fonasa, o regulación sectorial aplicable, que puedan limitar la habilidad de la entidad resultante de la Operación para aumentar los aranceles de día cama y derecho de pabellón, por lo que la Investigación da cuenta que la entidad fusionada no se encuentra constreñida de incrementarlos.

271. Para evaluar la posibilidad de un aumento de precios en prestaciones de día cama y derecho de pabellón para beneficiarios Fonasa, al igual que en el caso de las Isapres, un análisis estructural del mercado es contrastado con un análisis de cercanía competitiva de los distintos actores, tomando en cuenta la presión competitiva que ejerce el Hospital de Iquique y los prestadores ubicados fuera de la Región de Tarapacá. Si se miden las razones de desvío de los beneficiarios de Fonasa entre los distintos prestadores institucionales disponibles para este tipo de prestaciones, extraídas de la Encuesta, se obtiene el siguiente resultado:

Tabla 13
Razones de desvío de prestaciones hospitalarias para beneficiarios de Fonasa
según resultados de Encuesta Activa Research³⁷⁸

Desde	Hacia	Razones de desvío
Clínica Iquique	No se atendería	0%
	Clínica Tarapacá	50%
	Hospital de Iquique	38,64%
	Otros fuera de la Región de Tarapacá	11,36%
Clínica Tarapacá	No se atendería	3,5%
	Clínica Iquique	59,44%
	Hospital de Iquique	30,07%
	Otros fuera de la Región de Tarapacá	6,99%

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta Activa Research

272. Como se observa, en caso de indisponibilidad permanente del prestador inicial, un 50% de los pacientes hospitalarios de Clínica Iquique habría elegido a Clínica Tarapacá como alternativa, y un 59,44% de los pacientes hospitalarios de Clínica Tarapacá habría elegido la Clínica Iquique. Adicionalmente, un 38,64% de los pacientes de Clínica Iquique y un 30,07% de los de Clínica Tarapacá habrían sustituido a su prestador por el Hospital de Iquique. Por último, un 11,36% de los pacientes de Clínica Iquique y un 6,99% de los de Clínica Tarapacá se habría atendido con prestadores fuera de la Región de Tarapacá³⁷⁹.

273. En concordancia con el análisis realizado *supra*, esta División utilizó los índices GUPPI, IPR y CMCR para estimar la presión al alza en precios de las prestaciones hospitalarias de las Partes, que se requeriría para neutralizar el incentivo a subir los precios en el escenario post-Operación. El valor de estos indicadores se presenta en la siguiente tabla:

Tabla 14
Índices de presión al alza en precios para beneficiarios de Fonasa según razones de desvío de Encuesta Activa Research e información de márgenes y precios aportada por las Partes [62]

Prestador	IPR	GUPPI	CMCR
C. Iquique	[10-15]%	[10-15]%	[20-25]%
C. Tarapacá	[15-20]%	[15-20]%	[40-45]%

Fuente: Elaboración propia a partir de antecedentes del Expediente F178

³⁷⁸ Véase nota al pie N°356 del presente Informe, que contiene la pregunta efectuada a los encuestados.

³⁷⁹ Si se calculan las razones de desvío para el año 2017 a partir de las participaciones de los distintos prestadores a los que asisten los residentes de la ciudad de Iquique, se obtiene que la razón de desvío desde Clínica Iquique hacia Clínica Tarapacá es de 81% y de Clínica Tarapacá a Clínica Iquique es de 78%. Lo anterior suponiendo desvíos proporcionales a la participación de cada uno de los prestadores sobre el total de usuarios y que no existen personas que decidan no atenderse. Si se utilizan las participaciones en base a las atenciones hospitalarias realizadas –en lugar de número de usuarios– las razones de desvío serían de 53% desde Clínica Iquique hacia Clínica Tarapacá, y de 51% desde Clínica Tarapacá a Clínica Iquique. Análogo al análisis que se expuso en la Sección IV.1, si no se considera a prestadores ubicados en la ciudad de Santiago (generalmente prestaciones de mayor complejidad y alto costo), las razones de desvío serían de 58% y 56%, respectivamente.

274. Por último, realizando ajustes análogos a los señalados en la Sección anterior³⁸⁰, se utilizó el arancel promedio de los días cama considerando distintos escenarios de margen, obteniéndose los siguientes resultados para el CMCR³⁸¹:

Tabla 15
Estimación CMCR a partir de distintos escenarios de márgenes, y precios promedios con igual ponderador para prestaciones hospitalarias [63]

Escenario	Márgenes		CMCR (sólo días cama)	
	Clínica Iquique	Clínica Tarapacá	Clínica Iquique	Clínica Tarapacá
1	20%	30%	[15-20]%	[45-50]%
2	30%	30%	[20-25]%	[60-65]%
3	20%	40%	[20-25]%	[50-55]%
4	30%	40%	[25-30]%	[65-70]%

Fuente: Elaboración propia a partir de antecedentes del Expediente F178

275. Como se observa, en cada uno de los escenarios planteados la Operación generaría riesgos a la competencia, siendo de mayor entidad los riesgos con respecto a los usuarios de Clínica Tarapacá.

276. Con todo, las razones de desvío calculadas a partir de los resultados de la Encuesta Activa Research no reflejan los desvíos que podría generar la inauguración de la Unidad de Pensionado del Hospital de Iquique. Si bien dicha Unidad de Pensionado tendría una finalidad distinta que las Clínicas, focalizada en pacientes con menor disposición a pagar y establecida con el objeto de disminuir la lista de espera—como se señaló en la Sección III— su consideración en el análisis no altera las conclusiones respecto a este segmento de mercado.

277. En efecto, de acuerdo a la estimación de Red Interclínica, la Unidad de Pensionado reduciría el porcentaje de ocupación las camas de la entidad resultante en un [20-30]%(para un total de 13 camas y 70% de ocupación)³⁸² **[63*]**.

278. Atendido a lo señalado por la Compradora, y sin perjuicio de la evidencia que consta en el Expediente F178 en cuanto al objetivo de la Unidad de Pensionado, esta División re-escaló las razones de desvío de la Encuesta Activa Research,

³⁸⁰ Esto es, considerar que la utilización de márgenes y precios promedio para prestaciones hospitalarias en el cálculo del CMCR podría capturar heterogeneidades de las Clínicas que distorsionan los resultados obtenidos, por la diferenciación vertical (en cuanto a la calidad ofrecida) de ambas entidades y la distinta proporción de prestaciones complejas que atienden. En este sentido, resulta adecuado utilizar el arancel promedio de días cama como ponderador de ventas de ambas Clínicas y exhibir diversos escenarios de márgenes.

³⁸¹ Como es posible observar, los resultados de la Tabla 15 difieren respecto a los presentados en la misma tabla del Informe de Riesgos. En dicho informe se calculó el precio promedio utilizando la totalidad de las prestaciones del área hospitalaria en que ambas Clínicas tenían traslape (códigos Fonasa 2, y 11 al 21). No obstante lo anterior, como se señaló, en el caso de Fonasa los prestadores tienen libertad tarifaria completa únicamente para los días camas y los derechos de pabellón. Para asegurar una comparación entre prestaciones idénticas, con el mismo nivel de complejidad, se prefirió utilizar únicamente el valor de los días cama para el cálculo del CMCR en los distintos los escenarios. En cualquier caso, los resultados no difieren significativamente. Véase Informe de Riesgos, pág. 59.

³⁸² Archivo Excel denominado “Análisis Reducción Ocupación” como respuesta de Red Interclínica a la pregunta 2 del Oficio Ord. N°2231, a fojas 1598 del Expediente F178.

suponiendo que un 25% de los usuarios de ambas Clínicas migraría a la Unidad de Pensionado³⁸³. Los resultados de la estimación serían los siguientes:

Tabla 16
Razones de desvío de prestaciones hospitalarias para usuarios Fonasa re-escalada a partir de participación de mercado de la Unidad de Pensionado

Desde	Hacia	Razones de desvío
Clínica Iquique	Clínica Tarapacá	37,50%
	Hospital de Iquique	28,98%
	Otros fuera de la Región de Tarapacá	8,52%
	Pensionado	25,00%
Clínica Tarapacá	No se atendería	2,62%
	Clínica Iquique	44,58%
	Hospital de Iquique	22,55%
	Otros fuera de la Región de Tarapacá	5,24%
	Pensionado	25,00%

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta Activa Research y supuesto respecto a la Unidad de Pensionado

Tabla 17
Índices de presión al alza en precios para beneficiarios de Fonasa según razones de desvío re-escaladas [64]

Prestador	IPR	GUPPI	CMCR
Clínica Iquique	[5-10]%	[5-10]%	[10-15]%
Clínica Tarapacá	[10-15]%	[10-15]%	[20-25]%

Fuente: Elaboración propia a partir de antecedentes del Expediente F178

Tabla 18
Estimación CMCR a partir de distintos escenarios de márgenes, y precios promedios con razones de desvío re-escaladas [65]

Escenario	Márgenes		CMCR	
	Clínica Iquique	Clínica Tarapacá	Clínica Iquique	Clínica Tarapacá
1	20%	30%	[10-15]%	[15-20]%
2	30%	30%	[15-20]%	[25-30]%
3	20%	40%	[15-20]%	[20-25]%
4	30%	40%	[20-25]%	[25-30]%

Fuente: Elaboración propia a partir de antecedentes del Expediente F178

279. De este modo, aún en el escenario en que se subestima la cercanía competitiva entre las Clínicas, al asumir que la Unidad de Pensionado constituiría un competidor

³⁸³ La estimación de Red Interclínica, suponiendo una unidad de Pensionado con 13 camas y 70% de ocupación, significa que la entidad resultante de la Operación reduciría su porcentaje de utilización desde [40-50]% a [30-40]%, lo que implica perder un [20-30]% de los días camas de la entidad. Con una unidad de Pensionado de 12 camas y 85% de ocupación, significaría perder un [20-30]% de los días camas de la entidad resultante [65*].

que participa en el mismo segmento que las Clínicas, los resultados de las estimaciones efectuadas son robustas en cuanto a que los riesgos para beneficiarios de Fonasa producto de la Operación se mantendrían, especialmente respecto de aquellos usuarios que actualmente se atienden en Clínica Tarapacá.

280. En síntesis, conforme a los antecedentes de la Investigación, de perfeccionarse la Operación la entidad resultante no enfrentaría competencia suficiente en prestaciones hospitalarias para usuarios Fonasa en la ciudad de Iquique. Lo anterior implica una presión al alza en precios respecto de los beneficiarios de Fonasa, que se refleja en la habilidad y los incentivos de la entidad fusionada para: (i) aumentar los aranceles de las prestaciones no paquetizadas que cuentan con libertad tarifaria, como día cama y derecho de pabellón; y, (ii) dejar de ofrecer prestaciones paquetizadas (PAD).

IV.B. Riesgo para el sistema de salud público

281. Como se expuso en la Sección II *supra*, hay casos en que los usuarios de la Red de Salud Pública deben ser derivados hacia el sector privado, o al extrasistema, debido a que el prestador de salud público no cuenta con la capacidad suficiente para otorgar dichas prestaciones en la zona. Los precios que cobran los prestadores cerrados por dicho concepto no se encuentran regulados, sino que resultan de la negociación entre las Clínicas y las entidades públicas contratantes.

282. Actualmente, las derivaciones al extrasistema para prestaciones hospitalarias en la Región de Tarapacá, cuentan con las Clínicas como las únicas dos alternativas de respaldo ante escenarios de rebalse del sistema de salud público, las que actualmente compiten para adjudicarse tales derivaciones³⁸⁴. Resulta evidente entonces que la Operación implicaría una eliminación de las alternativas, toda vez que sólo la entidad resultante podrá absorber dicha demanda en un escenario post concentración.

283. En la Región de Tarapacá, para responder a las necesidades de salud de los pacientes, estas derivaciones son gestionadas tanto de manera centralizada por Fonasa, como directamente por el Hospital de Iquique³⁸⁵. Según consta en el Expediente F178, resulta ilustrativo que, entre los años 2016 y 2018, Fonasa gastó **[66]** por concepto de derivaciones a las Clínicas³⁸⁶, y que, en el mismo periodo, el

³⁸⁴ Conforme consta en declaración de Patricio Maturana Pérez, Subdirector Administrativo (S) del Hospital de Iquique, a fojas 772 del Expediente F178. Adicionalmente, véase respuesta del Hospital de Iquique al Oficio Ord. N°1458, fojas 921 del Expediente F178.

³⁸⁵ Si bien el Servicio de Salud Iquique también está facultado legalmente para contratar con privados, en virtud del Artículo 8, letra c) del Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud (Decreto 140 de 2004), en la práctica las derivaciones son gestionadas por el Hospital de Iquique, en su calidad de Establecimiento de Autogestión en Red. Véase respuesta del Servicio de Salud Iquique al Oficio Ord. N°0655, a fojas 489 del Expediente F178.

³⁸⁶ Si bien existe un porcentaje de dichas derivaciones que se realizan en base a convenios de alcance nacional, como resultado de la programación de licitaciones públicas, otras derivaciones de carácter urgente se realizaron a través del mecanismo de contratación directa. Véase respuesta de Fonasa a Oficio Ord. N°1344, a fojas 992 del Expediente F178. En efecto, el Artículo 8, letra c) de la Ley de Compras Públicas autoriza la contratación directa en casos de emergencia, urgencia o imprevisto, calificados mediante resolución fundada del jefe superior de la entidad contratante.

Hospital de Iquique ha realizado compras a las Partes, por concepto de las señaladas derivaciones, ascendentes a [67]³⁸⁷⁻³⁸⁸.

284. Por su parte, el análisis de las resoluciones de adjudicación de los servicios externalizados por el Hospital de Iquique en dicho período da cuenta de que para servicios de arriendo de pabellones y camas para procedimientos quirúrgicos³⁸⁹, compra de servicios de tomografía axial computarizada (scanner) para pacientes de urgencia³⁹⁰ y servicios de esterilización de materiales quirúrgicos³⁹¹, las Clínicas serían los únicos prestadores con posibilidades de ofrecer dichos servicios en la ciudad de Iquique, y que en los casos en que ambos prestadores estaban disponibles el criterio de adjudicación fue el precio de la prestación respectiva.

285. Adicionalmente, en algunas de estas resoluciones de adjudicación se da cuenta de que el requerimiento, por parte del Hospital de Iquique, de los servicios ofrecidos únicamente por las Clínicas, corresponde a una necesidad de emergencia, urgencia o imprevisto³⁹² o a una exigencia realizada por otra autoridad a dicho centro asistencial³⁹³.

286. Dicho contexto da cuenta que, ante situaciones de ese tipo, que implican decisiones que no permiten mucha planificación, de perfeccionarse la Operación, el sistema de salud público de Iquique quedaría en una evidente situación de cautividad respecto de la entidad resultante.

³⁸⁷ Respuesta del Hospital de Iquique a Oficio Ord. N°1403, a fojas 921 del Expediente F178.

³⁸⁸ Es pertinente señalar que la demanda pasada por parte del sistema de salud público de infraestructura o equipos de los prestadores de salud privados, no necesariamente sería un buen predictor de la demanda futura, por cuanto ésta puede depender de problemas puntuales no previsibles con equipamiento o infraestructura, cambios en lineamientos de política pública o aumentos inesperados de la demanda (v.gr., por brotes epidémicos, mayor prevalencia de ciertas patologías, etc.) que hacen que la utilización de dichos servicios no necesariamente se realice con una regularidad predecible.

³⁸⁹ Véase Resolución Exenta N°86 de 2017 del Hospital de Iquique (Considerandos 9 y 11) y Resolución Exenta N°346 de 2019 del Hospital de Iquique (Considerando 15), acompañados en respuesta del Servicio de Salud Iquique al Oficio Ord. N°0655, a fojas 490 del Expediente F178.

³⁹⁰ Véase Resolución Exenta N°1573 de 2016 del Hospital Iquique (Considerando 8), Resolución Exenta N°1012 de 2017 del Hospital de Iquique (Considerando 6), Resolución Exenta N°188 de 2018 del Hospital de Iquique (Considerando 12), Resolución Exenta N°1658 de 2018 del Hospital de Iquique (Considerandos 6 a 9), acompañados en respuesta del Servicio de Salud Iquique a Oficio Ord. N°0655, a fojas 490 del Expediente F178.

³⁹¹ Véase Resolución Exenta N°1365 de 2016, Resolución Exenta N°968 de 2017, Resolución Exenta N°1512 de 2017, Resolución Exenta N°281 de 2018 y Resolución Exenta N° 61 de 2019, todas del Hospital Iquique. En las dos primeras resoluciones referidas, se deja constancia que el Hospital de Iquique se contactó con ambas Clínicas, pero que solo existió interés de Clínica Iquique. La Resolución Exenta N°1512 se refiere a un desperfecto en los equipos autoclaves (necesarios para la esterilización) de Clínica Iquique, por lo que se debió contratar con Clínica Tarapacá. Mediante Resolución Exenta N°281 se indica que Clínica Iquique sigue con la misma situación. Resoluciones acompañadas en respuesta del Servicio de Salud Iquique a Oficio Ord. N°0655, a fojas 490 del Expediente F178.

³⁹² Véase, a modo de ejemplo, Resolución Exenta N°86 de 2017 del Hospital de Iquique (Considerandos 8, 9 y 12) y Resolución Exenta N°188 de 2018 del Hospital de Iquique (Considerandos 6 al 11), acompañados en respuesta del Servicio de Salud Iquique al Oficio Ord. N°0655, a fojas 490 del Expediente F178.

³⁹³ Véase Resolución Exenta N°346 de 2019 del Hospital de Iquique, Considerando 8: "Que el objetivo de buscar mecanismos de ampliación de la oferta quirúrgica se hace expresamente exigible a este centro asistencial según el mismo documento instruye en su Párrafo VII denominado "Responsabilidad por nivel", en su punto III relativo a las exigencias impuestas por el ministerio de Salud a los Establecimientos de nivel Secundario y Terciario, como es el caso de este Hospital Autogestionado en Red." Resolución acompañada en respuesta del Servicio de Salud Iquique al Oficio Ord. N°0655, a fojas 490 del Expediente F178.

287. De esta manera, de los antecedentes recabados en la Investigación se advierte una presión unilateral al alza de precios por parte de la entidad fusionada, cuyos afectados directos serían el Hospital de Iquique y Fonasa. Este riesgo ha sido consistentemente reparado por el Director del Hospital de Iquique en el marco de la Investigación³⁹⁴. Adicionalmente, el riesgo afectaría a los usuarios de la Red de Salud Pública, dado que la Operación incrementaría el costo en que deben incurrir dichos prestadores públicos por las atenciones de sus afiliados en el extrasistema, lo que asimismo disminuiría la cantidad de prestaciones que podrían ser atendidas en la Red de Salud Pública³⁹⁵.

IV.C. Riesgos adicionales

1. Riesgo respecto a prestaciones ambulatorias

288. En cuanto a las prestaciones ambulatorias cabe señalar que se descartan riesgos para beneficiarios de Fonasa, dado que ambas Clínicas están suscritas en el nivel máximo del arancel MLE (nivel 3)³⁹⁶. Por ende, el único riesgo posible sería el dejar de ofrecer las prestaciones, lo cual parece poco probable considerando la importancia de los beneficiarios de Fonasa para las Clínicas.

289. Por su parte, para beneficiarios de Isapres, en la ciudad de Iquique participan, además de las Clínicas, un conjunto de actores en cada uno de los distintos servicios en los que existen traslapes. Para realizar un análisis estructural del mercado, esta División consideró únicamente las ventas de los servicios ambulatorios por prestadores que ofrecen sus servicios en la ciudad de Iquique³⁹⁷, que se originaron mediante la demanda directa de dichos servicios. Es decir, se excluyen del análisis aquellas prestaciones que, si bien son ambulatorias, fueron prestadas en un contexto hospitalario³⁹⁸⁻³⁹⁹.

³⁹⁴ Declaración Hospital de Iquique: “FNE 3: ¿Y qué efectos cree que podría tener la operación, en general, en Iquique? Declarante: Funestos, si me preguntas a mí. (...) En todo sentido. Para el sector... ¿yo con quién voy a negociar precios?, con una sola persona. Mi capacidad de negociar todavía va a ser con un solo oferente, para todo lo que significa rebalse de la salud pública”.

³⁹⁵ Resulta razonable que la demanda por servicios hacia el extrasistema no sea totalmente inelástica, considerando la limitación presupuestaria con que cuentan Fonasa y el Hospital de Iquique, por lo que ante un aumento de precios se verificaría una disminución en la cantidad demandada.

³⁹⁶ Véase información aportada por Fonasa, a fojas 517 del Expediente F178.

³⁹⁷ Véase Sección III, en lo relativo al mercado relevante geográfico. Adicionalmente, los prestadores correspondientes a la ciudad de Iquique fueron identificados por las Partes en el Anexo de la Notificación denominado “Estudio de Mercado Interno”, a fojas 197 del Expediente 178.

³⁹⁸ Como fuera indicado *supra*, los servicios ambulatorios pueden ser otorgados en contextos hospitalarios en aquellos casos en que se presten para un beneficiario que se encuentre hospitalizado. Para efectos del presente análisis, se considerará que tales prestaciones son hospitalarias. Véase la presente distinción en la Sección III relativa al mercado relevante del producto.

³⁹⁹ Con el objeto de excluir del análisis aquellas prestaciones ambulatorias prestadas en un contexto hospitalario, se implementó la metodología de ponderar las ventas de las Clínicas informadas por las Isapres, con la información sobre el porcentaje de ventas ambulatorias en cada respectivo subgrupo proporcionado por las Partes, con respecto al año 2018. Información aportada por las Isapres en respuesta a Oficio Ord. N°0656 (Colmena), Oficio Ord. N°0657 (Cruz Blanca), Oficio Ord. N°0658 (Vida Tres), Oficio Ord. N°0659 (Banmédica), Oficio Ord. N°0660 (Consalud), y Oficio Ord. N°0661 (Nueva Masvida), a fojas 448, 458 y 504, 440 y 497, 436 y 501, 453, y 492 del Expediente F178, respectivamente. Respuesta de Red Interclínica a Oficio Ord. N°1089, a fojas 719 del Expediente F178, y respuesta de Red Salud a Oficio Ord. N°1312, a fojas 802 del Expediente F178.

290. Así, esta División evaluó las condiciones de competencia existentes en los mercados de prestaciones ambulatorias en los que existe traslape entre las Clínicas⁴⁰⁰: exámenes radiológicos simples, scanner y ecotomografías, y exámenes de laboratorio.

a) Exámenes de imagenología

291. En la siguiente tabla se presentan las participaciones de mercado de los servicios de imagenología en que existe superposición entre las actividades de las Clínicas:

Tabla 19
Participación en ventas de servicios de imagenología beneficiarios de Isapre
en la ciudad de Iquique, para año 2018⁴⁰¹ [68]

Prestador	Exámenes radiológicos simples	Scanner	Ecotomografías
Clínica Iquique	[30-40]% ⁴⁰²	[30-40]%	[10-20]%
Centro Rad. Tamarugal	[30-40]%	[10-20]%	[20-30]%
Centro Norte Grande	[10-20]%	[10-20]%	[10-20]%
Clínica Tarapacá	[10-20]%	[10-20]%	[0-10]%
Centro Rad. Prat	[0-10]%	[10-20]%	[0-10]%
Radiología Padilla R.	[0-10]%	[0-10]%	[0-10]%
Otros	[0-10]%	[0-10]%	[10-20]%
HHI pre Operación	2.498	2.070	1.325
Cambio HHI	756,3	870,0	264,8
HHI post Operación	3.254	2.940	1.589

Fuente: Elaboración propia a partir de información de Isapres

292. Según se observa, en el caso de los subgrupos de exámenes radiológicos simples y scanner, los índices de concentración reflejan mercados altamente concentrados, bajo los parámetros de la Guía⁴⁰³. En dichos segmentos, la Operación implica una reducción de cinco a cuatro actores relevantes, y la entidad resultante alcanzaría participaciones sobre un 40% de las ventas en la ciudad de Iquique. Por ende, de materializarse la Operación se convertiría en el principal actor del mercado, no existiendo otros actores tan relevantes como la entidad fusionada, que puedan disciplinar su mayor poder de mercado.

⁴⁰⁰ Con respecto al mercado relevante de radiología compleja, correspondiente al grupo 4, subgrupo 2 de los aranceles Fonasa, las Clínicas no presentan ventas en contexto ambulatorio durante el año 2018, por lo que no existe traslape. Si bien en los años previos existieron ventas de radiología compleja, aun en caso que en su totalidad se hubiesen efectuado en contexto ambulatorio, su entidad no resulta relevante. En cuanto al mercado de resonancia magnética en contexto ambulatorio –correspondiente al grupo 4, subgrupo 5 de los aranceles Fonasa– la participación de mercado combinada que alcanzan no supera el [0-5]% [69] para el periodo 2016-2018.

⁴⁰¹ Las participaciones se calculan a partir de la información aportada por las Isapres, considerando únicamente a los prestadores que ofrecen sus servicios en la ciudad de Iquique. Se ajustan las participaciones, tomando en cuenta el porcentaje de los ingresos de las Clínicas que corresponden a prestaciones hospitalarias y el porcentaje que sería ambulatorio.

⁴⁰² Se corrige error de tipeo de la versión pública de la Tabla N°16 del Informe de Riesgos.

⁴⁰³ Guía pág. 13.

293. En cuanto a las condiciones de entrada a los mercados de exámenes radiológicos simples y scanner, esta División pudo observar que se requiere, en primer lugar, de médicos cirujanos con especialidad en imagenología⁴⁰⁴, existiendo una reducida disponibilidad de dichos profesionales en la Región de Tarapacá⁴⁰⁵. En segundo lugar, se requiere de maquinaria específica para cada tipo de examen, que implica un alto costo para los actores presentes en la industria⁴⁰⁶. Esto dificultaría la entrada tanto de agentes que no ofrecen ningún servicio de imagenología, como de aquellos que ya están presentes en algún subgrupo. Finalmente, para la instalación y funcionamiento de dichos equipos se requeriría contar con acceso a un inmueble especialmente equipado⁴⁰⁷ y por un periodo de tiempo indefinido, lo que se justificaría en la entidad de las inversiones requeridas para operar las máquinas⁴⁰⁸. Estas condiciones limitarían una entrada suficiente y oportuna a los mercados de exámenes radiológicos simples y scanner.

294. Por el contrario, en mercado de ecotomografía, si bien la Operación genera índices de concentración que superan los umbrales de la Guía, existirían actores diversos a las Clínicas –como Centro Radiológico Tamarugal y Centro Norte Imagen– que cuentan con participaciones de mercado relevantes y que podrían disciplinar el mayor poder de mercado de la entidad resultante con posterioridad a la Operación. Adicionalmente, se advierte la existencia de diversos prestadores individuales que de manera independiente ofrecen servicios de ecotomografía relacionados a exámenes obstétricos, y tienen la posibilidad de otorgar dichas prestaciones en sus consultas particulares. A mayor abundamiento, y en relación a las condiciones de entrada a este mercado, para la provisión de exámenes de ecografía obstétrica no sería necesario contar con una inversión relevante para los incumbentes en el mercado, por lo que la posibilidad de reacomodo de actores resultaría razonable⁴⁰⁹.

⁴⁰⁴ Al respecto, Felipe Torres, Gerente General de Centro Radiológico Prat, indicó en su declaración a fojas 999 del Expediente F178: **[70]**. Asimismo, véase declaración de Viviana Brunet, Gerente General de Centro Radiológico Tamarugal Limitada, a fojas 970 del Expediente F178.

⁴⁰⁵ Declaración Felipe Torres, Gerente General de Centro Radiológico Prat, a fojas 999 del Expediente F178, y respuestas a Oficio Circular Ord. N° 0066, el cual consta a fojas 1019 del Expediente F178. En línea con lo anterior, respecto a la realización de nuevos exámenes de imagenología, un actor de la industria indicó que “se requieren maquinarias distintas y una mayor inversión (...) no es tanto tema de insumos o de factibilidad, se trata del trabajo de médicos especialistas los cuales no tenemos en la región” **[71]**.

⁴⁰⁶ Felipe Torres, Gerente General de Centro Radiológico Prat, señaló en el contexto de su declaración ante esta FNE –a fojas 999 del Expediente F178– que los equipos de imagenología, en general, fluctúan entre los 400.000 USD hasta los 700.000 USD más o menos. En el mismo sentido, según lo señalado por un actor de la industria, no sería posible expandirse a la oferta de nuevos servicios en razón de que no cuenta con los equipos y existiría un alto costo asociado, estimando que requeriría 10 años para ofrecer dichos servicios. **[72]**.

⁴⁰⁷ Según lo señalado por un actor de la industria, las salas para la realización de exámenes imagenología (scanner) y radiológicos contarían con características especiales en cuanto a la aislación, materiales del cielo y las murallas, ubicación del equipamiento en la sala, entre otros aspectos. **[73]**.

⁴⁰⁸ En este sentido, Felipe Torres, Gerente General de Centro Radiológico Prat, indicó en su declaración a fojas 999 del Expediente F178: “FNE 1: Y en cuanto, usted mencionó que el inmueble donde funcionan lo había comprado, ¿otros centros pueden funcionar arrendando, no?, me imagino. Declarante: Claro, pero en general no se hace porque la inversión es muy alta, en general los costos fijos, por ejemplo, solamente el consumo de luz para los equipamientos, el gasto es altísimo (...) la verdad es que un modelo como el arriendo, para este tipo de modalidades, no involucra... hay todo un tema logístico de la instalación del recinto, donde se instalan estos equipos, técnicamente bastante complejo (...) no es tan simple hacerlo digamos, porque el costo de inversión es alto en el inicio”. En cuanto al espacio necesario, actores de la industria indicaron que para expandir su oferta requerirían de mayores espacios físicos para instalar nueva maquinaria. **[74]**.

⁴⁰⁹ **[75]**.

295. Según lo expuesto, esta División considera que los antecedentes recabados son concluyentes y sustentan que la Operación cuenta con la aptitud para reducir sustancialmente la libre competencia en el subgrupo de exámenes radiológicos simples y scanner, y que no existirían riesgos asociados en el segmento de exámenes de ecotomografía.

b) Exámenes de laboratorio

296. En relación al mercado de exámenes de laboratorio, en la siguiente tabla se presentan las participaciones de los principales actores que participan en el mercado:

Tabla 20
Participación en ventas de exámenes de laboratorio beneficiarios de Isapre en la ciudad de Iquique, para año 2018⁴¹⁰ [76]

Prestador	Exámenes de laboratorio
Clinicum Laboratorio Automatizado	[30-40]%
Clínica Iquique	[20-30]%
Clínica Tarapacá	[10-20]%
Bionet	[0-10]%
Laboratorio Clínico Playa Brava	[0-10]%
Laboratorio Clínico Costanera	[0-10]%
Laboratorio Clínico Arauco	[0-10]%
Otros	[0-10]%
HHI pre Operación	2223
Cambio	592
HHI post Operación	2815

Fuente: Elaboración propia a partir de información de Isapres

297. Como se advierte, si bien la Operación genera índices de concentración que superan los umbrales de la Guía, el laboratorio Clincicum mantendría el liderazgo del mercado, existiendo además otros actores con participaciones apreciables y un grupo atomizado de actores con bajas cuotas de mercado.

298. En cuanto a las condiciones de entrada a este mercado, para prestar servicios de laboratorio no se requiere contar con médicos cirujanos, como en el caso de imagenología, sino que bastaría con la contratación de tecnólogos médicos, profesión respecto a la cual habría mayor disponibilidad en la ciudad de Iquique, según la apreciación de actores de la industria⁴¹¹.

⁴¹⁰ Las participaciones se calculan a partir de la información aportada por las Isapres, considerando únicamente a los prestadores que ofrecen sus servicios en la ciudad de Iquique. Se ajustan las participaciones, tomando en cuenta el porcentaje de los ingresos de las Clínicas que corresponden a prestaciones hospitalarias y el porcentaje que sería ambulatorio.

⁴¹¹ Respuestas a Oficio Circular Ord. N°0067, el cual consta a fojas 1023 del Expediente F178, y declaración de Hrvoj Ostojic Peric, Gerente General de Laboratorios Clincicum, a fojas 1009 del Expediente F178.

299. Por lo anteriormente expuesto, esta División considera que la Operación no contaría con la aptitud para generar riesgos para la libre competencia en el mercado de exámenes de laboratorio.

2. Riesgo respecto a prestaciones de urgencia

300. En cuanto a las prestaciones de urgencia, como fuera expuesto *supra*, resulta necesario diferenciar entre los prestadores de salud que ofrecen servicios que requieren hospitalización posterior y aquellos que ofrecen servicios de carácter netamente ambulatorio⁴¹². Los prestadores que ofrecen servicios de urgencia que requieren hospitalización en el mercado geográfico analizado son Clínica Iquique, Clínica Tarapacá y el Hospital de Iquique. Conforme se explicó, los señalados prestadores presentan ciertas diferenciaciones relativas a su capacidad de atención de urgencias, ya que el Hospital de Iquique cuenta con un mayor grado de resolutivez que las Clínicas para prestaciones complejas⁴¹³.

301. Sin perjuicio de lo anterior, según se expuso, el Hospital de Iquique se encuentra saturado y su principal fuente de entrada correspondería a la unidad de urgencias⁴¹⁴. Dicho servicio cuenta con un sistema de priorización de las atenciones de los usuarios, según la severidad de la urgencia al momento de ingresar al hospital⁴¹⁵. En la actualidad, los tiempos de espera para urgencias en el Hospital de Iquique son elevados⁴¹⁶⁻⁴¹⁷, razón por la cual resulta evidente que el Hospital de Iquique representa una alternativa menos oportuna que las Clínicas, al menos respecto de escenarios de urgencia que involucran prestaciones menos complejas.

302. No obstante, aún si se considerara la presión del Hospital de Iquique como efectiva, de perfeccionarse la Operación se verificaría una reducción de tres a dos actores para prestaciones de urgencia hospitalaria de mediana complejidad, que corresponden a aquellas en las que están presentes las Clínicas. En razón de lo anterior, se advertirían igualmente riesgos unilaterales en los servicios de urgencia a los que acceden los pacientes de la ciudad de Iquique.

⁴¹² Respecto a aquellos servicios que ofrecen prestaciones ambulatorias de urgencia, se advierte la existencia de diversos actores públicos como: Centro Salud Familiar Cirujano Aguirre, Centro Salud Familiar Cirujano Videla, Centro de Salud Familiar Cirujano Guzmán, Centro de Salud Familiar Sur, Posta Salud Rural Chanavayita, Posta Salud Rural San Marcos, Centro de Salud Familiar Pedro Pulgar Melgarejo y Centro de Salud Familiar Dr. Héctor Reyno Gutiérrez, entre otros. Fuente: Anexo de la Notificación denominado “Estudio de Mercado Interno”, a fojas 197 del Expediente 178. Asimismo, el Centro de Atención Integral IST ofrece prestaciones ambulatorias de urgencia.

⁴¹³ En efecto, el Hospital de Iquique recibe derivaciones de urgencias que las Clínicas no pueden atender. Véase respuesta de Red Salud al Oficio Ord. N°1480, a fojas 973 del Expediente F178; y respuesta Red Interclínica al Oficio Ord. N°1479, a fojas 980 del Expediente F178.

⁴¹⁴ Declaración Hospital de Iquique.

⁴¹⁵ Como se indicó *supra*, las unidades de urgencia cuentan con un sistema de priorización de las atenciones de los usuarios, según su severidad. En ese sentido, Sección II.B del presente Informe.

⁴¹⁶ En efecto, como se indicó en la Sección II.B, el tiempo de espera en el Hospital de Iquique podría llegar hasta las 6 horas para las urgencias menos graves.

⁴¹⁷ El director del Hospital de Iquique ha reconocido esfuerzos para “mejorar la atención del paciente que consulta por urgencias, y que deben esperar tiempos muy prolongados para ser atendidos”, según dispone noticia del sitio web de dicho establecimiento:

<http://www.hospitaliquique.cl/index.php?option=com_content&view=article&id=277:reducir-lista-quirurgica-y-tiempo-de-espera-en-la-urgencia-son-las-prioridades-de-nuevo-director-del-hospital&catid=8&Itemid=103>

[última visita: 08.08.2019].

303. Tales riesgos, se materializarían, principalmente, en un aumento de los aranceles de las prestaciones de urgencia por parte de la entidad concentrada, así como en una reducción en la calidad de las prestaciones de urgencia hospitalarias ofrecidas por las Clínicas, ante la menor presión competitiva que experimentaría la entidad fusionada por parte de la urgencia del Hospital de Iquique. Del mismo modo, aunque de manera más indirecta, es posible proyectar que, una reducción de la oferta producto del aumento de los aranceles o empeoramiento de la calidad de los servicios de urgencia, produciría un aumento de la demanda de los servicios de urgencia del Hospital de Iquique. Lo anterior podría implicar un aumento de los tiempos de espera del servicio de urgencia del Hospital de Iquique, y una eventual saturación del mismo, con ocasión de la Operación.

3. Riesgo respecto de otras instituciones sujetas a convenios especiales

304. Esta División también ha detectado riesgos respecto de las otras instituciones que pactan convenios con las Clínicas para la provisión de ciertas prestaciones de salud aplicables a un grupo determinado de usuarios⁴¹⁸. Así, a continuación se describen estos riesgos relativos a: (i) convenios entre las Clínicas e instituciones de las FFAA y de Orden; (ii) convenios entre las Clínicas y otras instituciones; y, (iii) convenios entre las Clínicas y las Isapres para la atención de prestaciones GES.

305. En primer lugar, respecto a las FFAA y de Orden, cada institución cuenta con su propia red de prestadores disponibles para sus miembros⁴¹⁹. Sin embargo, en ciertas localidades específicas se advierte un déficit en la disponibilidad de prestaciones, por lo que se debe acudir al extrasistema para satisfacer las necesidades de salud de sus miembros⁴²⁰. Bajo este contexto, es posible establecer que cada rama negocia convenios con prestadores de salud locales.

306. En el caso del Ejército de Chile, el sistema de salud es gestionado por el Comando de Salud del Ejército, y sus miembros son beneficiarios de un seguro administrado por la Jefatura Ejecutiva de Fondos de Salud Ejército. En la ciudad de Iquique, dichos funcionarios pueden acudir al Centro Clínico Militar Iquique, donde se prestan servicios ambulatorios⁴²¹. Conforme se constató en la Investigación, si resulta necesario otorgar una prestación de mayor complejidad, o derechamente una hospitalización, el paciente es derivado al extrasistema. El primer nivel de derivación es al hospital de la Red de Salud Pública más cercano, que en este caso corresponde al Hospital de Iquique. En caso de que dicho prestador no tenga la

⁴¹⁸ Respuesta de Red Salud a Oficio Ord. N°0664, a fojas 335 del Expediente F178, y de Red Interclínica a Oficios Ord. N°0663 y 0921, a fojas 410 y 632 del Expediente F178.

⁴¹⁹ El funcionamiento de dichos sistemas de salud es análogo al de la Red de Salud Pública, en cuanto supone un ingreso escalonado según nivel de atención.

⁴²⁰ Conforme a declaración de Francisco Valenzuela, Jefe de la Jefatura Ejecutiva de Fondos de Salud del Ejército, a fojas 396 del Expediente F178. En línea con dicho antecedente, para el caso de la Dirección de Previsión de Carabineros de Chile, existen lineamientos para la atención de usuarios en el extrasistema, en ese sentido véase: <https://www.dipreca.cl/documents/20182/26390/edicion_12.pdf/7a343925-df0a-4457-918e-8503a6553944> [última vista: 08.08.2019].

⁴²¹ Dentro de los servicios ambulatorios prestados se encuentran consultas médicas, consultas dentales, y servicios de apoyo al diagnóstico o tratamiento. Véase información disponible en: <<http://www.cosale.cl/wp-content/pdf/reglamentos/REGLAMENTO-INTERNO-CCM-IQUIQUE.pdf>> [última visita: 02.12.2019].

capacidad de atención⁴²², se deriva entonces a algún prestador privado con convenio⁴²³.

307. Las características antes descritas resultan aplicables al resto de las FFAA y de Orden, por lo que, de perfeccionarse la Operación, un efecto evidente es que las instituciones que busquen celebrar convenios con privados o realizar licitaciones públicas para derivar a sus miembros sólo contarán con una alternativa en la Región de Tarapacá⁴²⁴.

308. En segundo lugar, un riesgo similar ocurre respecto a la negociación que realizan las Clínicas con otras instituciones que ofrecen beneficios a sus miembros, entre las que se encuentran municipalidades, mutuales de seguridad y empresas⁴²⁵. Un perfeccionamiento de la Operación implicaría que dichas instituciones se queden sin una *outside option* en sus negociaciones en la Región de Tarapacá, incrementándose de modo directo el poder negociador de la entidad resultante, perjudicando directamente a sus afiliados. En este sentido, el Instituto de Seguridad del Trabajo (“IST”) manifestó su preocupación por los riesgos que conllevaría la Operación, según se expone en la Sección IV.E *infra*.

309. Por último, existiría un riesgo eventual para las Isapres en relación a la negociación de las prestaciones hospitalarias correspondientes a patologías GES⁴²⁶. Conforme a lo señalado por Red Interclínica, las Isapres acordarían convenios GES a nivel nacional, por lo que la entidad concentrada no tendría poder de negociación frente a las Isapres⁴²⁷.

310. No obstante lo anterior, según información aportada por las Isapres, las negociaciones con los prestadores para dichas patologías se realizarían a nivel local⁴²⁸, y las aseguradoras tendrían la obligación de financiar los gastos de transporte cuando el prestador se ubique fuera de la región. De esta forma, los prestadores que se encuentran en una misma región tendrían una ventaja comparativa en el proceso de negociación respecto de aquellos que se ubican fuera.

311. De los antecedentes recabados en la Investigación, Clínica Tarapacá actualmente ofrece un número significativo de prestaciones GES, no así Clínica Iquique, la que

⁴²² Como se ha señalado anteriormente, el Hospital de Iquique tiene una extensa lista de espera, por lo que requiere de disponibilidad de otros prestadores de la zona. En relación con lo anterior, véase Sección II.B del presente Informe.

⁴²³ Conforme a declaración de Francisco Valenzuela, Jefe de la Jefatura Ejecutiva de Fondos de Salud del Ejército, a fojas 396 del Expediente F178.

⁴²⁴ En atención a un dictamen de la Contraloría General de la República los convenios actualmente vigentes entre el Ejército de Chile y terceros deben ser objeto de licitación pública con el objeto de regularizar las relaciones contractuales. Contraloría General de la República. 2015. Dictamen N°095534N15, disponible en: <<https://www.contraloria.cl/pdfbuscador/dictamenes/095534N15/html>> [última visita: 02.12.2019].

⁴²⁵ Respuesta de Red Salud a Oficio Ord. N°0664, a fojas 335 del Expediente F178, y de Red Interclínica a Oficios Ord. N°0663 y 0921, a fojas 410 y 632 del Expediente F178.

⁴²⁶ Para una descripción del beneficio GES, ver Sección II del presente Informe.

⁴²⁷ Declaración Red Interclínica.

⁴²⁸ Respuestas de Isapres a solicitudes de información de esta FNE: de Cruz Blanca a Oficio Ord. N°1283, a fojas 846 del Expediente F178; de Consalud a Oficio Ord. N°1284, a fojas 880 del Expediente F178; de Colmena al Oficio Ord. N°1285, a fojas 838 del Expediente F178; de Nueva Más Vida a Oficio Ord. N°1286, a fojas 891 del Expediente F178; de Banmédica a Oficio Ord. N°1287, a fojas 863 del Expediente F178; y de Vida Tres al Oficio Ord. N°1288, a fojas 867 del Expediente F178.

solo participa de dichas prestaciones en una proporción muy menor. Por ello, la eliminación de Clínica Iquique con ocasión de la Operación, si bien no elimina a un actor relevante en dichas prestaciones, sí reduce una potencial alternativa de las Isapres que por costos asociados tienden a preferir a prestadores de la misma localidad del paciente asociado a GES⁴²⁹.

IV. D. Proyecciones internas de Red Interclínica respaldan la existencia de riesgos

312. Según consta en los antecedentes de la Investigación, Red Interclínica habría realizado diversos ejercicios económicos y financieros con la finalidad de proyectar los resultados que obtendría la entidad resultante de la Operación⁴³⁰. Adicionalmente, el Informe de Eficiencias utilizó como insumo los ejercicios realizados para evaluar la Operación, en particular, aquellos que constan en la planilla Excel “Planificación Financiera CT y CI v.6 (Cambio de inicio operación).xlsx”⁴³¹.

313. Según se expuso en reunión de fecha 22 de agosto de 2019 entre esta División y Red Interclínica⁴³², la información utilizada como fuente para confeccionar la planilla Excel antes señalada proviene de dicha entidad y de Informes de Gestión de Clínica Iquique para los años 2015, 2016 y 2017⁴³³.

⁴²⁹ De acuerdo a la información pública disponible en los sitios web de las Isapres, Clínica Iquique cuenta con convenios para tratamiento de enfermedades GES con Banmédica (2 prestaciones), Colmena (22 prestaciones), Consalud (6 prestaciones) y Vida Tres (2 prestaciones). Por su parte, Clínica Tarapacá cuenta con convenios por el mismo concepto con Banmédica (36 prestaciones), Colmena (26 prestaciones), Consalud (24 prestaciones), Cruz Blanca (13 prestaciones), Nueva Masvida (24 prestaciones) y Vida Tres (36 prestaciones).

⁴³⁰ Véase documento denominado “VP C. Acta Sesión Extraordinaria de Directorio de Red Interclínica 14 de junio de 2018”, acompañado como Complemento de la Notificación, a fojas 243 del Expediente F178. En dicha sesión, cuyo único punto en tabla de consistió en la aprobación de la compra de Clínica Iquique, Benjamín del Solar Leefhelm expuso la presentación denominada “Presentación Compra Cl. Iquique Final - VP.pdf”, que consiste en un estudio económico y financiero de la adquisición, contemplando flujos proyectados y posibles escenarios. Dicho documento fue acompañado por Red Interclínica como respuesta al Oficio Ord. N°1800, a fojas 1429 del Expediente F178.

⁴³¹ Acompañado por Red Interclínica como respuesta al Oficio Ord. N°1683, a fojas 1283 del Expediente F178.

⁴³² Conforme consta en acta de reunión con Benjamín del Solar Leefhelm de fecha 22 de agosto de 2019, a fojas 1323 del Expediente F178.

⁴³³ Los Informes de Gestión de Clínica Iquique de los años 2016 y 2017 fueron acompañados por Red Interclínica en respuesta al Oficio Ord. N°1732, a fojas 1363 del Expediente F178. Dichos antecedentes contienen diversa información desagregada de Clínica Iquique, entre la que se contemplan datos de previsión de pacientes; número de pacientes mensual por unidad; niveles de ocupación mensuales; estadísticas de pabellones por tipo de guarismo; consultas mensuales de urgencia; exámenes mensuales de laboratorio e imagenología, entre otros.

En virtud de lo anterior, se previene que el intercambio de información forma parte de los procesos de adquisición de agentes económicos, dado que el adquirente requiere acceder, usualmente en el marco de procesos de *due diligence*, a los antecedentes necesarios para evaluar financiera y económicamente la entidad adquirida. Lo anterior podría implicar que la información a la que se accede corresponda a aquella comercialmente sensible, en los términos del artículo 39 letra a) del DL 211. Para evitar que dicho intercambio resulte contrario a la libre competencia es necesario que la información comercial otorgada por la adquirida sea aquella estrictamente indispensable para evaluar la operación, la cual debe ser intermediada y presentada bajo formatos que cumplan con tal fin. En dicho sentido, guías comparadas contemplan estándares y buenas prácticas para prevenir que el acceso a información comercialmente sensible de competidores en el período previo a la autorización de una operación, o de *due diligence*, pueda implicar una situación de *gun jumping*. Véase documento del Conselho Administrativo de Defesa Econômica CADE (2016) Guidelines for the Analysis of Previous Consummation of Merger Transactions, disponible en: <[http://www.cade.gov.br/ acceso-a-informacao/publicacoes-institucionais/guias_do_Cade/guideline-gun-jumping-september.pdf](http://www.cade.gov.br/ acesso-a-informacao/publicacoes-institucionais/guias_do_Cade/guideline-gun-jumping-september.pdf)> [última visita: 02.12.19]; y OECD (2018) Suspensory Effects of Merger Notifications and Gun Jumping – Note by the European

314. En primer lugar, se sostiene que en un escenario posterior a la Operación, las proyecciones internas de Red Interclínica consideran destinar las instalaciones de cada Clínica para distintas áreas. Lo anterior es evidente ya que, al materializarse la Operación, ello implica que los pacientes de Iquique no contarían con dos opciones de atención con estándares de calidad y precios diferenciados.
315. En cuanto a la variable precio, Red Interclínica realizó proyecciones utilizando diversos supuestos que incluyen un reajuste al alza de un [*]% [77] de los aranceles de prestaciones hospitalarias no paquetizadas de Clínica Tarapacá, con la finalidad de [*] a partir del año 2019⁴³⁴. Dicho incremento de precios proyectado por la Compradora de materializarse la Operación, es coherente con el análisis efectuado por esta División tanto en el Informe de Riesgos⁴³⁵ como en el presente Informe, según se expuso *supra*.
316. Respecto a la variable competitiva calidad, existen planes para ajustar todas las prestaciones realizadas por la entidad resultante a los estándares operacionales de Red Interclínica⁴³⁶, lo que –como se señala *supra*– implicaría reducir la calidad de los servicios ofrecidos actualmente por Clínica Iquique.
317. En específico, Red Interclínica proyecta disminuir el personal de salud disponible para la atención de pacientes, lo que implicaría un aumento en la cantidad de atenciones que cada profesional debe realizar, que a su vez podría afectar la calidad de atención del personal de salud a los usuarios. La *ratio* de pacientes por profesional es un parámetro de calidad muy relevante en la provisión de servicios de salud, conforme ha sido recogido en los estándares internacionales antes descritos⁴³⁷.

Union, documento preparado para el Ítem 5 de la Reunión N°130 en Cooperación e Implementación, disponible en: <[https://one.oecd.org/document/DAF/COMP/WD\(2018\)95/en/pdf](https://one.oecd.org/document/DAF/COMP/WD(2018)95/en/pdf)> [última visita: 02.12.19].

⁴³⁴ Según consta en la planilla “Planificación Financiera CT y CI v.6 (Cambio de inicio operación).xlsx”, acompañada por Red Interclínica como respuesta al Oficio Ord. N°1683, a fojas 1283 del Expediente F178, dicha proyección de alza de precios se aplicaría respecto a prestaciones no paquetizadas. Considerando lo anterior, se aprecia un alza de [*]% del nivel general de precios de prestaciones hospitalarias de Clínica Tarapacá [78].

⁴³⁵ Emitido con fecha 14 de agosto de 2019, con anterioridad a la entrega por parte de Red Interclínica de la planilla Excel mencionada en nota al pie anterior, que contiene las proyecciones mencionadas.

⁴³⁶ Planilla Excel “Planificación Financiera CT y CI v.6 (Cambio de inicio operación).xlsx”, hoja “Remuneraciones”, acompañada por Red Interclínica como respuesta al Oficio Ord. N°1683, a fojas 1283 del Expediente F178.

⁴³⁷ En dicho sentido, Romano, P. y Balan, D. (2010), Op. Cit., pág. 10: “Evaluamos esta reclamación examinando los indicadores de seguridad del paciente que se sabe que **son sensibles a la calidad de la atención de enfermería** (...) entre los que se encuentran úlceras por presión, fracasos al realizar rescate (muerte de pacientes quirúrgicos con complicaciones potencialmente graves peor tratables en el hospital), infecciones relacionadas a la atención médica, y fracturas de cadera post-operatoria” Traducción libre. En el original: “We evaluate this claim by examining Patient Safety Indicators that are known to be sensitive to the quality of nursing care (...) These include Decubitus Ulcers (pressure sores), Failure to Rescue (death among surgical patients with potentially serious but treatable in-hospital complications), Selected Infections Due to Medical Care, and Post-Operative Hip Fracture”.

Asimismo se ha indicado como efecto de la concentración de hospitales: “Además, la concentración podría **reducir la disponibilidad y el acceso a servicios de salud**, por ejemplo, debido al cierre de instalaciones hospitalarias o a una **reducción en el personal del hospital**”. Traducción libre. En el original: “Moreover, consolidation could also reduce the availability of, and patient access to, healthcare services, for example, due to the closure of hospital facilities or a reduction in hospital”. FTC, Public Comment de fecha 30 de septiembre de 2016, en Wellmont Health System/ Mountain States Health Alliance, pág. 30.

318. Según lo expuesto, las consideraciones que tuvo en vista la Compradora para evaluar la decisión de adquirir Clínica Iquique son consistentes tanto con los antecedentes recabados en la Investigación, con las aprehensiones expuestas en la Reunión de Riesgos y en el Informe de Riesgos, como con aquellos riesgos que fundamentan la sustancialidad de la reducción de la competencia que se proyecta con ocasión de la Operación, expuestos en el presente Informe.

IV. E. Reparos de diversos actores de la industria respecto a la Operación

319. Con todo, los riesgos enunciados en la presente Sección también son coherentes con las opiniones de diversos actores de la industria de la salud activos en la ciudad de Iquique, quienes, en el marco de la Investigación, han manifestado reparos por los efectos anticompetitivos derivados de la Operación.

320. En primer lugar, gran parte de las Isapres consultadas sobre la Operación manifestaron objeciones⁴³⁸, dada la limitada oferta de proveedores de salud existente en la ciudad de Iquique. Así, indican que la entidad resultante aumentaría su poder negociador, ya que eliminaría a un prestador alternativo con quien negociar. Adicionalmente, señalan que el Hospital de Iquique no constituiría una alternativa cercana para sus afiliados y que, en definitiva, la Operación restringe el acceso de sus usuarios a la salud en dicha ciudad.

321. Por su parte, y según se expone en la Sección IV.B, el Hospital de Iquique indicó que la Operación sería perjudicial porque dicha institución se quedaría con único prestador privado para negociar las derivaciones⁴³⁹, lo que redundaría en peores condiciones de negociación.

322. Asimismo, el IST aportó antecedentes mediante los cuales manifestó su preocupación sobre los efectos de la Operación. Según indica, las mutuales y aseguradoras estimulan la competencia entre prestadores de manera que “si la calidad de las prestaciones decae o los precios suben, pueden cambiar de prestador”⁴⁴⁰. Sostiene que no existirían actores actuales o potenciales capaces de disciplinar el mayor poder de mercado de la entidad resultante de la Operación, ya que los hospitales no serían un sustituto efectivo para las Clínicas. Asimismo, señaló que se vería afectada por el empeoramiento de los servicios, debido a los costos de readmisiones y tratamientos posteriores que debería asumir y que la Operación

Véase además Linda H. Aiken y otros, (2018) Hospital Nurse Staff and Patient Outcomes, Revista Médica Clínica Las Condes, Vol. 29, N° 3.

⁴³⁸ De las seis Isapres abiertas consultadas, [79]. De acuerdo a la información aportada por las Isapres, en respuesta a Oficio Ord. N°0656 (Colmena), Oficio Ord. N°0657 (Cruz Blanca), Oficio Ord. N°0658 (Vida Tres), Oficio Ord. N° 0659 (Banmédica), Oficio Ord. N° 0660 (Consalud), y Oficio Ord. N° 0661 (Nueva Masvida), a fojas 448, 458 y 504, 440 y 497, 436 y 501, 453, y 492 del Expediente F178, respectivamente.

⁴³⁹ Declaración Hospital de Iquique: “FNE 3: ¿Y qué efectos cree que podría tener la operación, en general, en Iquique? Declarante: Funestos, si me preguntas a mí. (...) En todo sentido. Para el sector... ¿yo con quién voy a negociar precios?, con una sola persona. Mi capacidad de negociar todavía va a ser con un solo oferente, para todo lo que significa rebalse de la salud pública”. En este mismo sentido, véase declaración de Patricio Maturana Pérez, Subdirector Administrativo del Hospital de Iquique, a fojas 772 del Expediente F178.

⁴⁴⁰ Aporte de antecedentes IST, a fojas 1248 del Expediente F178, pág. 4.

“reducirá de manera significativa la competencia en el mercado de la salud en la Región de Tarapacá”⁴⁴¹.

323. Por último, resulta ilustrativo que de los 45 prestadores individuales de salud que fueron consultados sobre los efectos de la Operación mediante el Cuestionario, 30 advirtieron efectos negativos para la libre competencia. De sus opiniones se observan reparos respecto a efectos perjudiciales de la Operación tanto en precio como en calidad, afectando a beneficiarios de Isapre y Fonasa⁴⁴², y al sistema de salud público⁴⁴³⁻⁴⁴⁴.

324. Por otro lado, Red Interclínica refuta la consideración de las opiniones de las Isapres y de los prestadores individuales, señalando que ambos serían partes interesadas, las primeras al estar integradas con prestadores de salud que compiten con las Partes en otros mercados relevantes, y los médicos, por cuanto negocian condiciones laborales con las Clínicas, y verían reducido su poder de negociación. Esto último, según se señala, podría ser beneficioso para los usuarios de las Clínicas, al verse reducido un costo relevante de las prestaciones, que se traspasaría a menores precios⁴⁴⁵.

325. Respecto a las Isapres, si bien es en principio podría ser plausible que su opinión pueda no ser completamente independiente –al formar parte del grupo empresarial de diversos prestadores que compiten con las Clínicas en otros mercados relevantes– a juicio de esta División, el principal interés de las Isapres se refiere a su relación como aseguradora de los usuarios de las Clínicas, vale decir, por la posibilidad de que aumenten los aranceles médicos y deban asumir una mayor bonificación.

326. Por lo demás, no es claro que la relación vertical con competidores en otros mercados geográficos genere incentivos para las Isapres tendientes a manifestar reparos inexistentes, con el objeto de que, en última instancia, se bloquee la Operación.

327. En el documento Téngase Presente Red Interclínica II, la Compradora no sólo controvierte el hecho de que se tome en cuenta la opinión de las Isapres con

⁴⁴¹ Aporte de antecedentes IST, a fojas 1248 del Expediente F178, pág. 20.

⁴⁴² Según se expone en los resultados del Cuestionario, a fojas 1008 del Expediente F178: “Efecto monopolio sobre los contratos hacia pacientes de área privada y Fonasa libre elección, prestadores de salud e Isapres en general. Alza de precios en el mediano plazo.”; “Se concentraría en un solo actor toda la salud privada, no habría competencia y teniendo en cuenta que la calidad de atención prestada es de regular hacia abajo esto quitaría el incentivo de mejorar la calidad de las atenciones.”; “Creo que si se traspasa el estándar organizacional deficiente que tiene Clínica Tarapacá, a Clínica Iquique, la calidad de atención de nuestros pacientes decaería mucho, y no habría otra alternativa de elección por parte de los pacientes” “Monopolio. Obvio. Pensionado de hospital no es ninguna garantía de competencia”.

⁴⁴³ Según se expone en los resultados del Cuestionario, a fojas 1008 del Expediente F178: “Hospital y Fonasa tendrían como única alternativa para negociar listas de espera quirúrgicas una única clínica lo que a mediano plazo elevaría los costos de la negociación por ser actor único.”; “Monopolio del mercado con quien debe negociar el servicio público.”

⁴⁴⁴ Si bien este antecedente debe ser considerado con cautela en atención a los intereses personales que podrían tener los prestadores de salud individuales, que excederían el ámbito de los efectos de la Operación para la libre competencia, ellos resultan consistentes con el resto de los antecedentes que constan en el Expediente F178-2019.

⁴⁴⁵ Téngase Presente Red Interclínica II, pág. 8-11.

respecto a la Operación, sino que, además, se considere su experiencia en la industria para llegar a la conclusión que las negociaciones entre prestadores e Isapres tienen un componente local. Sin embargo, las declaraciones de los propios ejecutivos de ambas Clínicas, y los correos electrónicos en que constan las negociaciones, confirman el ámbito local de competencia⁴⁴⁶.

328. En segundo lugar, respecto a los prestadores individuales de salud, efectivamente su opinión debe ser ponderada considerando su relación con las Clínicas. No obstante lo anterior, un empeoramiento de las condiciones laborales de dicho gremio no solamente podría traer beneficios para los consumidores, como argumenta Red Interclínica. En algunos casos, ello podría aumentar la probabilidad de que especialistas abandonen la ciudad de Iquique, en busca de mejores perspectivas laborales, o, visto reducir el atractivo del mercado, disminuyendo la probabilidad de que lleguen nuevos especialistas a la zona, lo que sería un perjuicio para los consumidores. En este sentido, ventajas de costos derivadas de un aumento de poder de compra, no pueden ser consideradas como eficiencias, por cuanto generan una distorsión del mercado que podría reducir el bienestar de los consumidores, al reducirse artificialmente la oferta de servicios médicos.

329. Con todo, esta División considera que los reparos de actores de la industria constituyen un antecedente que ilustra, pero que no fundamenta los riesgos. En general son elementos que sirven para complementar el análisis cuantitativo y cualitativo realizado. Si bien, según se expuso al inicio de este apartado, dichas opiniones son coherentes con los riesgos identificados, en ningún caso constituyen el único antecedente tenido a la vista por esta División para arribar a sus conclusiones con respecto a la Operación.

V. CONTRAPESOS

330. Considerando los criterios de la Guía, a continuación se ponderan los antecedentes aportados por las Partes como contrapesos a los riesgos antes descritos⁴⁴⁷, con la evidencia que consta en la Investigación. Dichos contrapesos son los siguientes: (i) poder de negociación de los clientes; (ii) presión competitiva de prestadores ubicados fuera de la Región de Tarapacá; (iii) presión competitiva de los hospitales de la Región de Tarapacá; y (iv) contrafactual de la Operación.

V.A. Poder de negociación de los clientes

331. Las Partes indican que la Operación no aumentaría el poder de negociación local de la entidad resultante, [80]. Así, de acuerdo a ellas, cualquier potencial intento de aumentar el poder de mercado local se vería mermado por el rol disciplinador que poseen las aseguradoras⁴⁴⁸.

⁴⁴⁶ Véase Sección III.B del presente Informe.

⁴⁴⁷ Las Partes indican que existirían estos contrapesos en la Notificación, pág. 147; en Téngase Presente Red Salud; y en Téngase Presente Red Interclínica.

⁴⁴⁸ Notificación, pág. 87. y Téngase Presente Red Interclínica.

332. Según se expuso en la Sección III, la negociación entre Isapres y prestadores sería eminentemente local, por lo que la Operación podría afectar el poder de negociación de las Isapres⁴⁴⁹⁻⁴⁵⁰⁻⁴⁵¹. **[81]**.
333. Al respecto, en el documento *Téngase Presente Red Interclínica II*, la Compradora señaló que sin perjuicio de existir un componente local en la negociación entre prestadores e Isapres, estas últimas tienen poder de negociación derivado de la relación que mantienen con las demás clínicas de Red Interclínica, siendo en definitiva “socios comerciales forzosos”⁴⁵².
334. Así, el análisis de riesgos a la competencia debe hacerse aislando el cambio de concentración en los mercados de todas las demás variables que afectan el desempeño competitivo de las empresas (bajo el supuesto de *ceteris paribus*). Así, independiente de que las Isapres tengan o no un poder de negociación derivado de la relación con los demás prestadores de la red, lo relevante es examinar si respecto a un prestador en particular de esa red, podría haber un detrimento de su posición negociadora capaz de producir efectos anticompetitivos a partir de la reducción de alternativas en un mercado relevante específico.
335. De acuerdo a las declaraciones de la Partes y como se desprende de los correos electrónicos donde constan las negociaciones con las Isapres⁴⁵³, la posición negociadora de cada actor depende de su participación en los respectivos mercados, vale decir, de la importancia relativa de cada Isapre y de cada prestador en el mercado específico⁴⁵⁴, lo que en definitiva determina aranceles diferenciados para cada mercado, a través de negociaciones caso a caso.

⁴⁴⁹ En efecto, de las Isapres consultadas sólo una indicó que, si bien por regla general la negociación sería local, para reajustes excepcionales que contemplen incrementos de precios, existirían componentes de negociación a nivel de red [*]. Conforme consta en el Expediente F178, las Isapres consultadas indicaron: “Las negociaciones con Clínica Tarapacá y Clínica Iquique son locales, sin intervención de Red Salud ni Interclínica, respectivamente” [*] “Para la negociación de aranceles se utiliza como variable de gran importancia la información del mercado local, la cual se compone tanto por las Clínicas Iquique y Tarapacá[*]”; “Es importante señalar que en ambos casos las negociaciones han sido realizadas de manera individual respecto de cada prestador, y no a través de su Red de Clínicas”[*]; “Todos los procesos (...) son independientes uno del otro” [*]; y “Es necesario mencionar que la negociación de arancel es llevada a cabo individualmente con cada una de las clínicas”[*]. **[82]**.

⁴⁵⁰ Según se observa de los correos electrónicos donde constan las negociaciones entre las Isapres y las Clínicas. En dicho sentido, véase la Sección III del presente Informe. Adicionalmente, dicha información fue confirmada por un declarante en el marco de la presente Investigación. **[83]**. Asimismo, los gerentes de las Clínicas señalaron que la determinación de los aranceles dependía de un conjunto de características locales.

⁴⁵¹ El carácter local de dichas negociaciones se justificaría en las características propias de cada clínica. Por otra parte, según lo indicado por un actor de la industria, la negociación se sostendría una vez al año para ajustar los aranceles pactados. Adicionalmente, podrían existir negociaciones en dos escenarios: (i) cuando la clínica hace cambios en su oferta de prestaciones; y (ii) cuando la aseguradora varía su cartera de clientes en la región. Declaración de Manuel Rivera, Intendente de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales, a fojas 305 del Expediente F178.

⁴⁵² Véase *Téngase Presente Red Interclínica II*, pág. 8

⁴⁵³ En el *Téngase Presente Red Interclínica II*, la Compradora señaló que esta División “se basa en los reparos de las mismas aseguradoras, que son precisamente las que se verían afectadas por la Operación”. Si bien las respuestas de las Isapres fue un antecedente que se consideró para determinar que la negociación entre dichas aseguradoras y los prestadores de salud tiene un carácter local, también se tuvo a la vista los correos electrónicos donde constan las negociaciones con las Isapres, y las declaraciones de Clínica Iquique y Clínica Tarapacá, según consta en las Secciones III.B y V.A del presente Informe.

⁴⁵⁴ Véase Sección III del presente Informe.

336. Así, según los antecedentes tenidos a la vista, los aranceles para día cama adulto⁴⁵⁵ para una misma Isapre, varían en un [50-60]% **[84]** entre las distintas clínicas de Red Interclínica, existiendo precios diferentes para las distintas Isapres en cada mercado, y no siendo consistentemente mayor o menor el arancel de alguna Isapre respecto a las demás⁴⁵⁶. Como se observa, el componente local en las negociaciones es muy relevante en esta industria y claramente deja espacio para que un cambio local en las participaciones de mercado eleve el poder de negociación del prestador.
337. En cuanto a la relación con Fonasa, las Partes señalan que, dado que es el único proveedor estatal, exhibiría un mayor poder de negociación⁴⁵⁷. En efecto, como fue señalado en la Sección IV, con respecto a ciertas prestaciones no se observan efectos perjudiciales para Fonasa directamente derivados de la Operación⁴⁵⁸. Sin perjuicio de ello, para los usuarios modalidad MLE de prestaciones hospitalarias no paquetizadas, como día cama y derecho a pabellón, al existir libertad tarifaria, las Clínicas contarían con discrecionalidad para aumentar los precios, así como con el incentivo y habilidad a hacerlo, por lo que un alza de los aranceles sería soportada directamente por los beneficiarios⁴⁵⁹.
338. Por último, en línea con lo descrito en la Sección IV, una pérdida de competencia entre los únicos prestadores privados de atención cerrada de la ciudad de Iquique no solo repercute en la variable precios, sino también afectaría la calidad del servicio al que podrán acceder los usuarios de las Clínicas.

V.B. Presión competitiva de prestadores ubicados en otras regiones

339. Las Partes señalan en su Notificación que, aún considerando el mercado relevante geográfico como la Región de Tarapacá, se advertiría una latente presión competitiva de Santiago⁴⁶⁰. En este sentido, las Partes sostienen que las Isapres ofrecerían en sus planes de salud diversas facilidades asociadas al financiamiento de aquellos beneficiarios que decidan atenderse fuera de la Región de Tarapacá⁴⁶¹.
340. En relación al financiamiento por parte de Isapres del traslado de afiliados para la atención fuera de la Región de Tarapacá, esta División consultó a la totalidad de las Isapres abiertas sobre la efectividad de dicho financiamiento y los montos comprometidos. Conforme consta en la Investigación, la mayoría de las Isapres no

⁴⁵⁵ Prestación correspondiente al código Fonasa 202102.

⁴⁵⁶ Las diferencias de los aranceles vigentes para el año 2019 para día cama adulto, entre las diversas Isapres de una misma clínica de Red Interclínica, son de [15-20]% para Clínica Tarapacá. [5-10]% para Clínica los Carrera, [5-10]% para Clínica Los Leones y [0-5]% para Clínica Nueva Cordillera. Las Isapres con mayores y menores aranceles no son consistentemente las mismas, lo que llama la atención considerando que las Isapres ostentan cierta segmentación de público objetivo **[85]**. Véase respuesta de Red Interclínica a Oficio Ord.N°1089, a fojas 719 del Expediente F178.

⁴⁵⁷ Según se desprende de la Notificación, pág. 87, y Téngase Presente Red Interclínica.

⁴⁵⁸ Esto, sin considerar los riesgos detectados para el sistema de salud público (el riesgo de derivación extrasistema), expuestos en la Sección IV.

⁴⁵⁹ En ese sentido, véase Sección IV.

⁴⁶⁰ Téngase Presente Red Interclínica.

⁴⁶¹ Téngase Presente Red Interclínica.

contempla ningún tipo de plan o convenio de esta índole con los beneficiarios⁴⁶². Aquellas que lo contemplan –sólo Colmena y Consalud–⁴⁶³, comprenden montos poco relevantes, por lo que el costo de atención fuera de la región sería asumido –casi en su totalidad– por el usuario.

341. Si bien es cierto que un porcentaje de la población de la ciudad de Iquique opta actualmente por atenderse en Santiago (u otras regiones), ello no significa que estos prestadores sean una opción igualmente cercana para todos los consumidores, tal como fue expuesto en la Sección IV de este Informe. En efecto, lo correcto para ponderar la cercanía competitiva de estos prestadores es evaluar el comportamiento de los usuarios de las Clínicas ante un alza en precios.

342. En este sentido, tomando en consideración el argumento esgrimido por las Partes, esta División utilizó la Encuesta Activa Research con objeto de estimar la presión competitiva que ejercen prestadores localizados fuera de la Región de Tarapacá a las Clínicas para el análisis de riesgos. Así, conforme se expone *supra*, la razón de desvío desde Clínica Iquique hacia otros prestadores fuera de la Región de Tarapacá sería de 19%, mientras que en el caso de Clínica Tarapacá sería de 8,8%⁴⁶⁴.

343. A pesar de que la baja entidad de los desvíos desde las Clínicas hacia prestadores fuera del ámbito relevante permitiría descartar la presión competitiva de dichos prestadores como un contrapeso, esta Fiscalía igualmente ponderó el efecto de los consumidores que consideran como alternativa a prestadores fuera de la Región de Tarapacá. Para ello, esta División efectuó un análisis cualitativo, y examinó la diferencia de perfiles entre los consumidores de servicios de salud residentes de Iquique que se atienden en las Clínicas, y aquellos que viajan a Santiago para dicho propósito, según consta en la sección de Mercado Relevante Geográfico. Dicho análisis concluye que existe un grupo bajo de consumidores que suele atenderse en Santiago, cuyo perfil es diverso al que suele atenderse en Iquique⁴⁶⁵.

344. Tal como ha quedado establecido por la práctica de agencias de competencia extranjeras con regímenes de salud comparables al nuestro, la decisión de viaje de ciertos consumidores en el margen generalmente obedece a razones diversas a

⁴⁶² Conforme consta en respuesta de Isapres: de Cruz Blanca al Oficio Ord. N°1283, a fojas 846 del Expediente F178; de Consalud a Oficio Ord. N°1284, a fojas 880 del Expediente F178; de Colmena a Oficio Ord. N°1285, a fojas 838 del Expediente F178; de Nueva Mas Vida a Oficio Ord. N°1286, a fojas 891 del Expediente F178; de Banmédica a Oficio Ord. N°1287, a fojas 863 del Expediente F178; de Vida Tres a Oficio Ord. N°1288, a fojas 867 del Expediente F178.

⁴⁶³ Las únicas Isapres que facilitan traslado por medio de sus planes son Colmena y Consalud. La primera de ellas, señala que [*] beneficiarios han hecho uso de tal beneficio desde 2016 a 2019. Consalud, por su parte ha trasladado a un total de [*] pacientes por dicho concepto en el mismo periodo. Respuesta de Consalud a Oficio Ord. N°1284, a fojas 880 del Expediente F178, y de Colmena a Oficio Ord. N°1285, a fojas 838 del Expediente F178. [86].

⁴⁶⁴ Ver Tablas 10 y 13 de este Informe, que contiene las razones de desvío entre Clínica Iquique y Clínica Tarapacá.

⁴⁶⁵ Tal como se señaló *supra*, en la Sección III, la mayoría de los pacientes que suelen atenderse en Iquique nunca han viajado en Santiago.

sensibilidad al precio⁴⁶⁶, y ello no necesariamente es indiciario de un patrón de sustitución de los usuarios que actualmente no viajan a Santiago para atenderse.

345. Por lo anterior, y a la luz de lo expuesto en la sección de mercado relevante geográfico, resulta difícil que los prestadores de atención cerrada (y con mayor razón, abierta), localizados fuera de la región de Tarapacá, puedan ejercer una presión competitiva efectiva en un escenario post concentración.

V.C. Presión competitiva de la Red de Salud Pública de la ciudad de Iquique en servicios hospitalarios

346. En tercer lugar, las Partes presentan como contrapeso la presión competitiva que pudiera ejercer el Hospital de Iquique sobre las Clínicas, tanto para beneficiarios de Fonasa como de Isapres.

347. Como se expuso *supra*, las Partes señalan que se espera una ampliación de la Red de Salud Pública hospitalaria en la ciudad de Iquique a raíz de la reapertura del Pensionado del Hospital de Iquique⁴⁶⁷, lo que limitaría el mayor poder de mercado de la entidad resultante de la Operación.

348. Respecto a la Unidad de Pensionado, como ya fue analizado en la Sección IV.A.2., su participación dentro del mercado no altera las conclusiones de este Informe, incluso considerándolo como un actor que participa en el mismo segmento que las Clínicas.

349. Con todo, aún si se considerase que la Unidad de Pensionado implicaría una entrada oportuna, para beneficiarios de Isapre dicho acceso resultaría poco atractivo dados los lineamientos generales de dicha unidad, que contemplarían tarifas iguales o superiores a las de las Clínicas⁴⁶⁸. Por su parte, con respecto a los beneficiarios de Fonasa, si bien la entrada del Pensionado eventualmente podría disminuir las listas de espera⁴⁶⁹, ello debe ponderarse a la luz de la demanda de servicios de salud en la ciudad de Iquique, la cual se encuentra en expansión. Según señala el Director del Hospital de Iquique, existiría una demanda insatisfecha, por lo que un porcentaje considerable de la población no estaría siendo atendida⁴⁷⁰. Conforme a dichos antecedentes, y aún cuando la capacidad que será ofrecida por el

⁴⁶⁶ Véase: Improving Health Care: A Dose of competition - A Report by the FTC, Chapter 4 Competition Law: Hospitals, 2004, pág. 8-20, disponible en: <https://www.justice.gov/sites/default/files/atr/legacy/2006/04/27/204694.pdf> [última visita: 02.12.2019].

⁴⁶⁷ Conforme a lo indicado por las Partes, en la unidad de Pensionado: “[s]e espera el año 2019 poder entregar a la comunidad de la región de Tarapacá esta oferta para los pacientes particulares y Fonasa”. Téngase Presente Red Interclínica, punto 1.2.

⁴⁶⁸ Respuesta del Hospital de Iquique al Oficio Ord. N°1726, acompañada mediante correo electrónico a fojas 1364 del Expediente F178.

⁴⁶⁹ Según consta en el documento “Propuesta Pensionado final”, de septiembre de 2019, adjuntado a la respuesta del Hospital de Iquique a Oficio Ord. N°1726, acompañada mediante correo electrónico de Cristián Casanova, Jefe de Cobranzas y Recaudación del Hospital de Iquique, a fojas 1389 del Expediente F178.

⁴⁷⁰ Dicho déficit se relaciona a los niveles de saturación del nivel terciario de salud al que pertenecen el Hospital de Iquique y el futuro Hospital de Alto Hospicio. En la medida que es posible reducir las listas de espera dichos servicios pueden aumentar los esfuerzos en atenciones en el nivel secundario, abarcando a un mayor porcentaje de usuarios que redundan en un aumento correlativo de las listas de espera hospitalarias. Declaración Hospital de Iquique.

Pensionado pueda –aun marginalmente– aportar a la reducción de las listas de espera, no resulta posible para esta División cuantificar dicha reducción.

350. Según todo lo anterior, la eventual presión competitiva que pueda ejercer la Unidad de Pensionado y las entradas proyectadas en dicho régimen no resultarían suficientes para disciplinar el mayor poder de mercado de la entidad resultante.

V.D. Contrafactual

a) Inexistencia de excepción de empresa en crisis

351. Esta División también consideró el contrafactual de la Operación, esto es, qué ocurriría en caso de que ésta no se materialice. Al respecto, las Partes han indicado que **[87]**, de no celebrarse la Operación, dicho actor podría abandonar el mercado⁴⁷¹.

352. Sin perjuicio de ello, a esta fecha las Partes no han opuesto en el curso de la Investigación la excepción de empresa en crisis, como contrapeso a los eventuales riesgos aparejados a la Operación, como tampoco elementos de hecho que permitan ilustrar los problemas económicos de Clínica Iquique, que podrían desencadenar su salida del mercado en forma próxima.

353. Por ello, no resulta razonable para esta División asumir como contrafactual de la Operación, la salida de Clínica Iquique, o de sus activos, del mercado.

354. Muy por el contrario, los antecedentes de la Investigación dan cuenta de la voluntad de Clínica Iquique de permanecer en el mercado. Por una parte, cabe señalar que las decisiones comerciales que impliquen inversiones y desinversiones de las clínicas pertenecientes a Red Salud son evaluadas por parte de un comité especializado de dicha entidad. Según consta en la Investigación, tal comité no evaluó la posibilidad de desinvertir Clínica Iquique, **[88]**⁴⁷².

355. Asimismo, consta en los antecedentes del expediente que Clínica Iquique no evaluó opciones **[89]**, lo cual hubiera sido esperable en el escenario de una eventual salida del mercado. **[90]**⁴⁷³.

356. Contrariamente, según consta en presentación realizada al directorio de Red Salud con fecha 20 de octubre de 2017⁴⁷⁴, a nivel gerencial se evaluó el escenario competitivo de la Región de Tarapacá, concluyendo que existiría demanda potencial (relacionando población y nivel adquisitivo), que en términos de intensidad competitiva resultaría un mercado atractivo, pero que se observaba una escasa oferta médica de especialistas. Adicionalmente consta que Red Salud evaluó

⁴⁷¹ Téngase Presente de Red Salud; Declaración Clínica Iquique; y Declaración Red Interclínica. En dicho sentido, en la Notificación las Partes señalan que no existiría la escala suficiente para que dos clínicas operen en la ciudad de Iquique.

⁴⁷² Declaración Juan Pablo Aylwin, Presidente del Comité de Inversiones de Red Salud, a fojas 745 del Expediente F178.

⁴⁷³ Declaración Red Interclínica.

⁴⁷⁴ Respuesta de Red Salud a Oficio Ord. N°1799, a fojas 1398 del Expediente F178 **[91]**.

[92].

357. Todo lo anterior confirma que en el escenario contrafactual objeto del presente análisis no es posible descartar que Clínica Iquique tome decisiones que aumenten la competencia con Clínica Tarapacá, lo que finalmente beneficiaría a los consumidores de la ciudad de Iquique.

358. Con todo, esta División no tiene antecedentes de que ha existido por parte de Clínica Iquique una evaluación de alternativas menos restrictivas para la competencia que la Operación, conforme en general se ha exigido a nivel comparado en operaciones de concentración entre prestadores de salud⁴⁷⁵.

b) Improcedencia de un análisis comparativo con otras regiones de Chile

359. En la Reunión de Riesgos de fecha 14 de agosto de 2019⁴⁷⁶, los apoderados de Red Interclínica consultaron sobre la posibilidad de que esta División analizara otros mercados geográficos en que existiera un solo prestador de salud de atención cerrada con la finalidad de evaluar y comparar las variables competitivas de precio y calidad con las condiciones existentes en la ciudad de Iquique⁴⁷⁷.

360. En efecto, uno de los posibles ejercicios existentes para estudiar el impacto de una operación de concentración en las condiciones de oferta de un mercado, consiste en analizar cómo se afectan las variables competitivas relevantes ante cambios en la concentración en otros mercados que tengan características comunes con el mercado en estudio⁴⁷⁸.

361. En el presente caso, sin embargo, esta División descartó el uso de esta estrategia para analizar los efectos de la Operación, y optó por la medición directa del cambio de incentivos mediante los índices de presión al alza en precios. Esto, en atención a la baja probabilidad de alcanzar resultados concluyentes, debido a la extensa

⁴⁷⁵ Según ha sostenido la FTC, en particular respecto de operaciones de concentración entre prestadores de salud, el argumento de empresa en crisis (o alguno de sus elementos) es recurrentemente invocado por las Partes. En dichos casos, tanto la agencia como las cortes federales le han exigido a la *target*, para acreditar la excepción, el haber efectuado esfuerzos serios de búsqueda de compradores alternativos que generaran menores riesgos para la competencia que la operación finalmente elegida. Al respecto, véase: Power shopping for an alternative buyer. D. Feinstein y A. Gilman, FTC Bureau of Competition, marzo de 2015, disponible en: <https://www.ftc.gov/news-events/blogs/competition-matters/2015/03/power-shopping-alternative-buyer?utm_source=govdelivery> [última visita: 02.12.2019].

⁴⁷⁶ Reunión de fecha 14 de agosto de 2019, en virtud de la cual esta División comunicó a las Partes los riesgos que la Operación podía producir para la libre competencia, conforme a lo establecido en el artículo 53 inciso primero del DL 211.

⁴⁷⁷ En esta misma línea, el Informe de Eficiencias daría cuenta de que existen diversas localidades donde hay sólo un prestador privado institucional de atención cerrada.

⁴⁷⁸ Dichos cambios de concentración pueden producirse, por ejemplo, a partir de la entrada de un actor en el mercado. Para la revisión de casos en que se han aplicado análisis económicos de este tipo, véase la metodología empleada por esta Fiscalía en la evaluación de operaciones de concentración en los mercados de exhibidores de películas de cine (Rol TDLC C 240-12), y de cajeros automáticos (Notificación de Operación de Concentración entre Banco Santander-Chile, Banco de Chile y Banco Bilbao Vizcaya Argentaria, Chile, Rol FNE F56-2015), descrita en aporte de FNE en documento OECD "Non-price Effects of Mergers – Note by Chile", disponible en: <[https://one.oecd.org/document/DAF/COMP/WD\(2018\)55/en/pdf](https://one.oecd.org/document/DAF/COMP/WD(2018)55/en/pdf)> [última visita: 02.12.2019].

cantidad de factores que inciden en las variables competitivas relevantes⁴⁷⁹, y a la cantidad de información requerida para el análisis –la cual resultaría excesivamente costosa de obtener para el mercado–⁴⁸⁰.

362. Además, se consideró que la pregunta relevante que se busca responder con el análisis no es si las condiciones de oferta en ciudades con estructuras con menor cantidad de prestadores privados de atención cerrada son distintas a las condiciones que se ofrecen en ciudades en las que operan más clínicas, sino que, por el contrario, la evaluación debe considerar cómo variarían dichas condiciones si es que se elimina un competidor, dado un determinado nivel de concentración previa en el mercado.

363. Con todo, la información tenida a la vista por esta División muestra que existiría una cierta correlación negativa entre el margen de explotación (como porcentaje de los ingresos) de cada prestador de salud, y el número de actores en distintas ciudades de Chile⁴⁸¹. Así, si bien no es posible obtener resultados concluyentes a partir de la información disponible, los antecedentes expuestos serían consistentes con el hecho que una menor concentración de mercado implica menores precios y/o mayores costos vinculados con mejor calidad.

VI. CONDICIONES DE ENTRADA

364. En esta sección se analizan las condiciones de entrada a los mercados en que se detectaron riesgos, con la finalidad de evaluar si la entrada o expansión de un actor revertiría las preocupaciones respecto de los efectos anticompetitivos que serían generados por la Operación. En particular, se analiza si la entrada de nuevos competidores o la expansión de actores existentes podría generar una presión competitiva eficaz para las Partes de manera de impedir que la entidad concentrada

⁴⁷⁹ Tales como calidad del prestador, costos de insumos, remuneraciones, regulación sectorial, nivel de complejidad, y características de morbilidad del mercado.

⁴⁸⁰ Realizar una estrategia de estimación que use datos de corte transversal (estructura de datos que involucra información de múltiples mercados, sin variación temporal) para responder dicha pregunta resultaría, en este caso, inadecuado, por existir variables difícilmente observables que probablemente quedarían omitidas de la estimación (relativas a la calidad del prestador, nivel de complejidad de las prestaciones realizadas, gravedad de los pacientes, tamaño y características de la demanda, entre otras). Por ejemplo, podrían existir ciudades con un único prestador que no exhiban aranceles mayores que otras ciudades con un número mayor de clínicas, pero ello podría explicarse por atender en general pacientes con un menor nivel de complejidad. Así, una estimación adecuada podría realizarse utilizando datos de panel (datos de distintos prestadores, que varíen en el tiempo), que aprovechara entradas y salidas en diversos mercados locales, de los cuales, según los antecedentes tenidos a la vista, serían pocos casos de 2010 a la fecha. Adicionalmente, cualquier medición debería tomar en cuenta aspectos relativos a la calidad de atención, por cuanto el análisis únicamente de precios no entrega un panorama completo de la afectación del bienestar de los consumidores. Además, considerando la periodicidad anual de los cambios de la variable precio, la realización de un ejercicio econométrico adecuado habría exigido series largas, junto con considerar de variables vinculadas con calidad y características a nivel de paciente o grupos relacionados a un diagnóstico, que permitieran identificar el nivel de gravedad de las prestaciones.

⁴⁸¹ A partir de información aportada por prestadores institucionales cerrados de salud, en respuesta a Oficio Circular Ord. N°0026, el cual consta a fojas 256 del Expediente F178, se observa que de una muestra de 27 clínicas ubicadas en 19 ciudades de Chile, se obtiene una correlación negativa de 20% entre número de clínicas que participa en una determinada ciudad y el margen de comercialización expresado como porcentaje de los ingresos por venta de las clínicas presentes en dicha ciudad.

pueda aumentar rentablemente los precios después de la Operación⁴⁸². Para ello, se tomaron en consideración antecedentes aportados por las Partes, el historial de entrada en la industria, y lo informado por otras redes de prestadores privados de atención cerrada (“**Redes de Clínicas**”)⁴⁸³.

365. En cuanto a la información acompañada por las Partes, la Notificación indica que la evaluación de condiciones de entrada en el mercado relevante debe considerar la entrada de un competidor equivalente a las Clínicas, esto es, que ofrezca servicios hospitalarios, ambulatorios y de urgencia⁴⁸⁴. Además del costo de inversión⁴⁸⁵, las Partes identifican barreras a la entrada relacionadas con: (i) la importancia del prestigio y de la trayectoria del prestador institucional para acceder a clientes⁴⁸⁶, lo que incluiría, entre otros factores, la figuración pública de la entidad, el perfil del usuario asociado, y la infraestructura general; (ii) una serie de certificados o permisos que constituyen barreras legales y regulatorias para la entrada de prestadores cerrados de salud que afectan tanto el costo de entrada –que incide en la probabilidad– como el tiempo requerido –que afecta la oportunidad– para la puesta en marcha de un competidor⁴⁸⁷; y la (iii) presencia de economías de escala, de ámbito y efectos de red, relativos a la prestación de servicios hospitalarios y de urgencia⁴⁸⁸.

366. Adicionalmente, la Notificación expone diversas entradas y salidas de prestadores de servicios ambulatorios, e identifica como entrantes plausibles en servicios de atención cerrada a la Unidad de Pensionado del Hospital de Iquique y al nuevo Hospital de Alto Hospicio. Asimismo, Red Interclínica ha señalado que las Redes de Clínicas serían entrantes potenciales en la provisión de servicios hospitalarios⁴⁸⁹.

⁴⁸² A la luz del estándar de la Guía, sección 1.2.5, y de lo resuelto por el TDLC en Sentencia 166/2018, Recurso de Revisión Especial de Ideal S.A. y otro en contra de la Resolución de la FNE, Rol RRE-1-2018, Considerando 107.

⁴⁸³ Oficio Circular Ord. N°0075, el cual consta a fojas 1355 del Expediente F178. Se tuvieron a la vista respuestas de Redes de Clínicas integradas con Isapres (Bupa Chile y Empresas Banmédica) como de no integradas (Clínicas Regionales, Clínica Alemana y UC Christus).

⁴⁸⁴ Se consideró una clínica que cuenta con 20 box de centro médico –destinados a consultas médicas– 2 tomas de muestra de laboratorio, equipos de imagenología, servicio de kinesioterapia, 12 boxes de urgencias, 4 pabellones y 30 camas de hospitalización, emplazada en un terreno de 3.400 m², con dos pisos de 4.956 m² construidos y pasillos de 1.213 m². (Notificación pág. 120-121).

⁴⁸⁵ El costo de inversión de un competidor similar a las Clínicas sería de [93].

⁴⁸⁶ Notificación, pág. 124.

⁴⁸⁷ A saber: Certificado de Informaciones Previas; Certificado Municipal de Zonificación; Permiso de Edificación; Recepción Definitiva de Obra; Declaración Interior de Gas; Declaración Eléctrica Interior; Autorización Sanitaria e Informe Sanitario para cada servicio; Clasificación Industrial; Declaración de Emisiones Atmosféricas; Disposición Final de Residuos Industriales Líquidos; Generación, almacenamiento y disposición final de Residuos Industriales Sólidos; y Patente Municipal. Notificación pág. 123. A mayor abundamiento, las Redes de Clínicas mencionaron otros permisos requeridos, algunos aplicables a casos particulares, y especificaron qué autorización sanitaria se requiere para cada servicio. Entre ellos mencionaron: Autorización de Farmacia Hospitalaria, Autorización del Local, Autorización Sanitaria de Instalación y Funcionamiento, Autorización Sanitaria de Manejo de Residuos, Autorización Sanitaria de Central de Alimentación, Autorización Sanitaria de Equipos Médicos que Emiten Radiación Ionizante, Autorización Sanitaria de Calderas, Autorización de Central de Esterilización, Permiso de Demolición, Permiso de Instalación de Faenas, Permisos de Ocupación de Espacio Público, entre otros. Respuestas a Oficio Circular Ord. N°0075, el cual consta a fojas 1355 del Expediente F178.

⁴⁸⁸ Notificación, pág. 125 y 126.

⁴⁸⁹ Informe de Eficiencias, pág. 6 y Notificación, pág. 128. En consideración a ello esta División realizó gestiones de investigación destinadas a Redes de Clínicas en atención a que las Partes señalaron las facilidades que las mismas tendrían para ingresar al mercado en caso de materializarse la Operación.

367. Por otro lado, en cuanto a las últimas entradas en la Región de Tarapacá, no se han observado nuevos prestadores institucionales privados de atención cerrada en, al menos, los últimos veinte años⁴⁹⁰. Más aún, desde el año 2010 a la fecha, solo se informaron entradas de dos clínicas en Chile, ambas en la Región Metropolitana⁴⁹¹. Así, la ausencia de entradas de prestadores institucionales cerrados privados en la Región de Tarapacá da cuenta de un escaso dinamismo en el mercado geográfico afectado por la Operación.

368. A continuación, se evalúan las condiciones estructurales de entrada en vista a determinar si existen posibilidades de entrada que resulten copulativamente probables, oportunas y suficientes para mitigar los riesgos de la Operación, en particular en los mercados de prestaciones de atención cerrada, y los de las prestaciones ambulatorias donde esta División advierte riesgos para la competencia⁴⁹².

369. En cuanto a la **probabilidad** de entrada de prestadores de atención cerrada, cabe considerar que las Redes de Clínicas mencionaron que son elementos relevantes a tomar en consideración para ingresar al mercado la disponibilidad de terreno y de oferta médica. Ambos elementos serían escasos en la ciudad de Iquique⁴⁹³⁻⁴⁹⁴.

370. Por otra parte, en línea con lo señalado por la Notificación, las Redes de Clínicas también destacaron la importancia de la marca para acceder a clientes, señalando que refleja la reputación asociada a las prestaciones⁴⁹⁵, y que comunica la oferta de valor que ofrece el prestador, como la calidad y seguridad de la atención, los equipos de profesionales médicos, la tecnología del equipamiento, el estándar de hotelería, entre otros⁴⁹⁶.

371. El Informe de Eficiencias plantea que los prestadores privados integrados verticalmente con las Isapres tendrían ventajas competitivas que facilitarían sus

⁴⁹⁰ Conforme a lo señalado en la Sección III del presente Informe, los prestadores pertenecientes a la Red de Salud Pública no participarían en los mismos mercados relevantes para atención hospitalaria programada que las Clínicas, lo que no se modificaría con las ampliaciones de oferta pública propuesta.

⁴⁹¹ Corresponden a las Clínicas BUPA en la comuna de la Florida, Santiago, inaugurada en mayo del año 2018 después de [*] años desde el inicio del proyecto, y la Clínica Alemana de la Dehesa, inaugurada en junio de 2014, después de [*] años desde el inicio del proyecto [94]. Oficio Circular Ord. N°0075, el cual consta a fojas 1355 del Expediente F178.

⁴⁹² Guía, pág. 17.

⁴⁹³ En este sentido, véase noticia “Escasez de terreno en Iquique lleva a los empresarios a Alto Hospicio”, de fecha 2 de abril de 2018, disponible en: <http://www.economiaynegocios.cl/noticias/noticias.asp?id=456360> [última visita: 02.12.2019]. Asimismo, la Cámara Chilena de la Construcción, en relación al déficit habitacional de Tarapacá, se refiere a su “escasa disponibilidad de suelo” en las ciudades de dicha región (información disponible en: <https://www.cchc.cl/comunicaciones/opiniones/deficit-habitacional-en-tarapaca> [última visita: 02.12.2019]). En esta misma línea, Declaración Felipe Torres, Gerente General de Centro Radiológico Prat, a fojas 999 del Expediente F178: [95] Pero, esas son las principales limitaciones que por qué no se ha querido venir ninguna gran clínica, por ejemplo. Que es un valor, que supera, creo que lo que hablaban de 5 veces el valor del metro cuadrado de Lo Barnechea, por ejemplo. No sé, una cosa así bien abismante. Lo puedes buscar, de hecho, cuánto es lo que vale, porque está tasado por el fisco, de hecho, el metro cuadrado de Iquique”.

⁴⁹⁴ En efecto, en la presentación al Directorio de Red Salud de fecha 20 de octubre de 2017, se cataloga a la Región de Tarapacá con 0/4 de oferta médica de especialistas. Complemento de la Notificación, a fojas 243 del Expediente F178.

⁴⁹⁵ Respuesta de Red de Clínicas Regionales a Oficio Circular Ord. N°0075, a fojas 1405 del Expediente F178.

⁴⁹⁶ Respuesta de UC Christus a Oficio Circular Ord. N°0075, a fojas 1419 del Expediente F178.

posibilidades de ingresar a determinados mercados geográficos, dado que contarían con una mayor posibilidad de captar a sus beneficiarios como clientes del prestador integrado⁴⁹⁷. Al ser consultadas, en general las Redes de Clínicas confirmaron esta consideración, indicando que dicha ventaja dependería de la proporción de beneficiarios que corresponde a la aseguradora integrada en el mercado donde fuera a producirse la entrada⁴⁹⁸.

372. Con todo, las Redes de Clínicas indicaron consistentemente que desde el año 2010 a la fecha no han evaluado la posibilidad de entrar en Iquique y, en efecto, la mayoría de éstas manifestó no tener intenciones de entrada en ninguna localidad del país⁴⁹⁹.

373. Todo lo anterior da cuenta de una baja probabilidad de entrada de un prestador privado de atención cerrada en la ciudad de Iquique.

374. Por otro lado, las diversas presentaciones acompañadas por las Partes durante esta Investigación identifican, como una dificultad adicional, las economías de escala necesarias para cubrir los costos de ingresar al mercado⁵⁰⁰. Al respecto, sin perjuicio de ser plausible la existencia de una escala mínima eficiente para operar, difícilmente se pueden realizar ejercicios que permitan determinar fehacientemente si el tamaño del mercado en la ciudad de Iquique impediría la entrada de un prestador privado en el escenario posterior Operación⁵⁰¹.

375. Considerando lo anteriormente expuesto respecto a la existencia de barreras a la entrada, a la falta de ingresos durante los últimos veinte años y a la evidencia respecto a la falta de interés de potenciales entrantes, tanto pasada como proyectada, no resultó necesario profundizar en las economías de escala como barrera a la entrada.

376. Respecto al criterio de **oportunidad** de la entrada de un prestador de atención cerrada, según la Guía, en principio, la FNE no considera tolerable un periodo de ejercicio de poder de mercado superior a los dos años⁵⁰². Según se expone en lo

⁴⁹⁷ Véase Informe de Eficiencias pág. 6. Este argumento no es desarrollado en el Informe de Eficiencias, en el sentido de presentar antecedentes de la mayor facilidad de entrada de este tipo de prestadores respecto a otros no relacionados con Isapres. Tampoco se señala si las eventuales ventajas esgrimidas podrían significar o no, una entrada suficiente, oportuna y probable, tal que sirva de contrapeso efectivo a los riesgos de la Operación.

⁴⁹⁸ [96].

⁴⁹⁹ Solo una de las Redes de Clínicas tiene planes de construir un establecimiento de salud, el cual estaría localizado en la Región Metropolitana. Respuestas de Redes de Clínicas a Oficio Circular Ord. N°0075, el cual consta a fojas 1355 del Expediente F178.

⁵⁰⁰ Véase Notificación pág. 125 y 126, e Informe de Eficiencias. Como se presentará en la Sección VII del presente Informe, las economías de escala tampoco fueron adecuadamente calculadas por las Partes.

⁵⁰¹ En efecto, lo anterior dependería –entre otros factores– del cálculo de la escala mínima de operación de un prestador con capacidad suficiente para disciplinar el mayor poder de mercado de la entidad resultante de la Operación. Para lo anterior, dicha entrada debe considerar la estructura de costos para un determinado nivel de calidad de prestaciones; una comprensión del funcionamiento de la demanda y del tamaño del mercado considerando su proyección en el tiempo; y la posible estrategia de la entidad resultante de la Operación, considerando la posibilidad de establecer barreras artificiales para disuadir la entrada de nuevos actores. En efecto, si post Operación la entidad resultante tiene capacidad ociosa suficiente para absorber la demanda que necesitaría un entrante para operar, podría desincentivar la entrada mediante la amenaza de competir agresivamente y expulsar a potenciales rivales.

⁵⁰² Guía pág. 17.

sucesivo, una eventual entrada de un prestador de atención cerrada tardaría un tiempo significativamente superior.

377. En efecto, el último proceso de expansión relevante en la ciudad de Iquique, llevado a cabo por Clínica Tarapacá, ha implicado un tiempo de proyecto y puesta en marcha de más de ocho años, sin que la nueva torre se encuentre operativa a la fecha⁵⁰³. Asimismo, las únicas dos entradas de prestadores privados en Chile desde el año 2010 a la fecha, demoraron un período considerablemente mayor al estándar que contempla esta Fiscalía⁵⁰⁴.

378. Adicionalmente, las Partes dan cuenta de la existencia de entradas oportunas en la provisión de servicios hospitalarios. En primer lugar, en cuanto a la Unidad de Pensionado del Hospital de Iquique, su inauguración estaría proyectada para fines del presente año⁵⁰⁵, por lo que se considera que su entrada sería oportuna, sin perjuicio de que las observaciones ya señaladas respecto a la limitada cercanía competitiva de dicha unidad con las Clínicas⁵⁰⁶.

379. Por otro lado, la entrada del Hospital de Alto Hospicio⁵⁰⁷ –cuyo proyecto inició en el año 2012– se encuentra planificada para fines del segundo semestre del año 2022, y dependería, según indica el Jefe del Departamento de Finanzas del Servicio de Salud de Iquique, de la fecha de término de la construcción y de la obtención de todos los permisos necesarios⁵⁰⁸, siendo a la fecha, su estado de avance de un 24,96%⁵⁰⁹. Así, no es posible asegurar que la entrada de dicho servicio resulte oportuna según los estándares de la Guía⁵¹⁰.

380. Por último, en lo relativo al criterio de **suficiencia**, es necesario identificar las condiciones que enfrentaría un competidor similar a las Clínicas⁵¹¹. Ello, toda vez que un operador de dicha entidad es lo que permitiría un restablecimiento de la competencia en el escenario post-Operación. En efecto, la condición de suficiencia se refiere a la posibilidad de entrada de un competidor que sea capaz de disciplinar el mayor poder de mercado de la entidad resultante y que, por consiguiente, sea un

⁵⁰³ Respuesta de Red Interclínica a Oficio Ord. N°0663, a fojas 410 del Expediente F178, actualizada a diciembre de 2019.

⁵⁰⁴ Clínica Alemana La Dehesa, demoró [*] años y Clínica Bupa Santiago, [*] años [94].

⁵⁰⁵ A la fecha de elaboración del presente Informe aún no se ha inaugurado.

⁵⁰⁶ Véase Sección III del presente Informe.

⁵⁰⁷ El Hospital de Alto Hospicio contaría con 235 camas, de acuerdo a información disponible en: <https://www.minsal.cl/finaliza-construccion-de-las-fundaciones-del-nuevo-hospital-de-alto-hospicio/> [última visita: 02.12.2019].

⁵⁰⁸ Si bien en el documento Téngase Presente Red Interclínica V se señala que la entrada en funcionamiento de dicho hospital estaría prevista para el año 2021, fundado en una noticia de 10 de agosto de 2019, en correo electrónico de Jaime Abarzúa Constanzo, Jefe del Departamento de Finanzas del Servicio de Salud de Iquique, de fecha 25 de noviembre de 2019 se señala que efectivamente la entrada se encuentra proyectada para el segundo semestre de 2022, dependiendo de la fecha de término de la construcción y la obtención de los permisos (según consta a fojas 1617 del Expediente F178).

⁵⁰⁹ Véase documento denominado “Informe Ejecutivo Proyecto Construcción Hospital de Alto Hospicio Mes de Octubre 2019”, acompañado por el Servicio de Salud Iquique en respuesta a Oficio Ord. N°0655, actualizada a noviembre de 2019, a fojas 1622 del Expediente F178.

⁵¹⁰ Guía, pág. 17. El Servicio de Salud Iquique proyecta que comenzará a funcionar durante el segundo semestre del año 2022, por lo que, aun en caso que dicho plazo se cumpla, no se verificaría el requisito de un plazo menor a dos años.

⁵¹¹ Este criterio no es controvertido por las Partes. Véase Notificación, pág. 120.

rival que ofrezca prestaciones hospitalarias, ambulatorias y de urgencia, con niveles similares de calidad y resolutiveidad.

381. En dicho sentido, cabe evaluar si las entradas más probables, es decir la Unidad de Pensionado del Hospital de Iquique y el Hospital de Alto Hospicio, podrían disciplinar el mayor poder de mercado de la entidad resultante.

382. Respecto a la entrada de la Unidad de Pensionado del Hospital de Iquique, según se señala *supra*, dicha unidad contará con una capacidad de 12 camas, bajo directrices que limitan la presión competitiva que dicha entidad ejercería a las Clínicas⁵¹². Sin perjuicio de ello, como se expone en la Sección IV.A.2., esta División, en un escenario que subestima los riesgos, consideró en el cálculo de los riesgos la potencial presión competitiva que la Unidad de Pensionado ejercería hacia las Clínicas, concluyendo que mantienen los riesgos para beneficiarios de Fonasa producto de la Operación, especialmente respecto de los usuarios que actualmente se atienden en Clínica Tarapacá.

383. En cuanto a la suficiencia de la entrada del Hospital de Alto Hospicio, aun considerando que dicha entrada resulte oportuna, no es posible concluir que sería suficiente para disciplinar el mayor poder de mercado la entidad resultante de la Operación. En efecto, dicho proyecto contempla un prestador de mediana complejidad, esto es, que no cuenta con unidades de paciente crítico⁵¹³, y por tanto no sería capaz de otorgar prestaciones más complejas.

384. Adicionalmente, conforme a las respuestas de la Encuesta Activa Research, para considerar a la Red de Salud Pública como una alternativa a las Clínicas, la lista de espera para prestaciones hospitalarias debería ser menor a dos meses⁵¹⁴. Ello difícilmente podría ser posible dado que dicha espera actualmente superaría los 500 días, existiendo, además, una demanda en expansión –relacionada a una población que actualmente se encuentra desatendida– que dificulta la estimación del impacto que nuevos prestadores de atención cerrada pudieran tener en la lista de espera del sistema público⁵¹⁵.

⁵¹² En efecto, según los antecedentes presentados Sección III.A.2., la Unidad de Pensionado estaría dirigida a pacientes de Fonasa, por lo que la presión competitiva de dicha unidad respecto a beneficiarios de Isapre sería, según lo proyectado por el Director del Hospital de Iquique, prácticamente inexistente. Por otra parte, respecto de los beneficiarios de Fonasa, la Unidad de Pensionado estaría destinada a un segmento diferente al de las Clínicas. En efecto, los aranceles a los que accederán dichos pacientes serán Fonasa nivel 3, muy inferiores a los que acceden los beneficiarios que acuden a las Clínicas. Por último, en cuanto a la disponibilidad de las instalaciones, existen diversos lineamientos entre los que se encuentran: utilizar pabellones en horario no hábil; no ofrecer prestaciones obstétricas; y disponer de las habitaciones de la Unidad de Pensionado en periodos de alta demanda del Hospital de Iquique. En cualquier caso, en el análisis de riesgos para prestaciones hospitalarias programadas de beneficiarios Fonasa fue considerado un escenario conservador en que la Unidad de Pensionado compitiera, como sustituto cercano, con las Clínicas, y aún en tal escenario no se modifican las conclusiones del presente Informe.

⁵¹³ Son unidades de paciente crítico UTI y UCI. Véase artículo 32 del Decreto Supremo N° 15 de 20017 del Ministerio de Salud, que aprueba el Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud.

⁵¹⁴ De acuerdo a los resultados de la Encuesta Activa Research, sólo 3 de los 50 encuestados beneficiarios de Fonasa que manifestaron disposición a sustituir por el Hospital de Iquique, en caso de reducción de las listas de espera, señalaron plazos superiores, y en el caso de los beneficiarios de Isapre, solo 1 de 44.

⁵¹⁵ Conforme se indica en la Declaración del Hospital de Iquique, dicho déficit se relaciona a los niveles de saturación del nivel terciario de salud al que pertenecen el Hospital de Iquique y el futuro Hospital de Alto Hospicio. En la medida que es posible reducir las listas de espera dichos servicios pueden aumentar los

385. Por último, en cuanto a los mercados de prestaciones ambulatorias en que se advierten riesgos derivados de la Operación (exámenes radiológicos simples y scanner), si bien existe un mayor número de oferentes que para los mercados de prestaciones hospitalarias, tal como se indicó *supra* en la Sección IV.C.1., existirían ciertas dificultades para la entrada de nuevos actores asociadas a: (i) la baja disponibilidad de médicos cirujanos con especialidad en imagenología capaces de tomar y evaluar tales exámenes en la Región de Tarapacá⁵¹⁶; (ii) el alto costo de la maquinaria específica para cada tipo de examen en relación al volumen de negocios⁵¹⁷; y (iii) el acceso a un inmueble especialmente equipado para realizar exámenes por un periodo indefinido de tiempo⁵¹⁸. Por consiguiente, esta División considera que las condiciones antes descritas limitan una entrada probable, suficiente y oportuna en los mercados de exámenes radiológicos simples y scanner.

386. Lo expuesto da cuenta de condiciones desfavorables de entrada en el segmento de atención hospitalaria y ambulatoria, por lo que esta División considera poco probable que se materialice una entrada o expansión de un competidor similar a las Clínicas que represente un contrapeso a la entidad de los riesgos descritos en el presente Informe.

VII. EFICIENCIAS

387. En la Notificación, las Partes indicaron que las eficiencias producto de la Operación contrapesarían cualquier riesgo anticompetitivo que la misma podría generar, las que consistirían, principalmente, en la obtención de economías de escala y la posibilidad de ofrecer servicios más complejos⁵¹⁹.

388. En atención a que en el Expediente F178 no constaba información detallada que permitiera cuantificar las posibles eficiencias aparejadas a la Operación, ni acreditar el cumplimiento de los requisitos para que pudieran ser consideradas como contrapeso a los eventuales riesgos de la misma, esta División solicitó a Red Interclínica que acompañara información que permitiera acreditar que las eficiencias enunciadas en la Notificación, y explicitar si éstas se ajustaban a los criterios señalados en la Guía⁵²⁰.

esfuerzos en atenciones en el nivel secundario, abarcando a un mayor porcentaje de usuarios que redundan en un aumento correlativo de las listas de espera hospitalarias.

⁵¹⁶ Véase declaraciones de Felipe Torres a fojas 999 del Expediente F178, *supra* en nota confidencial [70]; y de Viviana Brunet, Gerente General de Centro Radiológico Tamarugal Limitada, a fojas 970 del Expediente F178; además respuestas a Oficio Circular Ord. N° 0066, el cual consta a fojas 1019 del Expediente F178, *supra* en nota [71].

⁵¹⁷ Al respecto, ver informe de archivo FNE, Denuncia en contra de Philips Chilena S.A. Rol N° 1700-10 FNE. De acuerdo a los antecedentes recabados, los costos de inversión en equipos de imagenología serían elevados, con complejidades en su instalación, y pocas posibilidades de reventa. Por otra parte, según declaración de Felipe Torres a fojas 999 del Expediente F178, los equipos de imagenología fluctúan entre 400.000 USD hasta 700.000 USD. Adicionalmente, un actor de la industria indicó que no sería posible expandirse a la oferta de nuevos servicios en razón de que no cuenta con los equipos y existiría un alto costo de adquisición asociado, véase *supra* la nota confidencial [72].

⁵¹⁸ Según se indica *supra*, las salas para la realización de exámenes imagenología (scanner) y radiológicos contarían con características especiales en cuanto a la aislación, materiales del cielo y las murallas, ubicación del equipamiento en la sala, entre otros aspectos. Véase nota [73].

⁵¹⁹ Notificación, pág. 137-147.

⁵²⁰ Mediante Oficio Ord. N°1479, de fecha 9 de julio de 2019.

389. En respuesta a lo anterior, con fecha 1° de agosto de 2019, Red Interclínica presentó el Informe de Eficiencias⁵²¹, y el 16 de agosto de 2019, acompañó las bases de datos que sustentaban los cálculos de dicho informe⁵²². En virtud de dichos antecedentes, esta División coordinó diversas reuniones con quienes participaron en la realización de dicho informe, con objeto de entender las bases de datos utilizadas y la metodología de las estimaciones de dicho análisis⁵²³.
390. Conforme a la información proporcionada en tales reuniones, con fecha 23 de agosto de 2019, se solicitaron las bases de datos originales que fundan algunos de los análisis realizados por Red Interclínica⁵²⁴. En atención a que, con fecha 30 de agosto de 2019⁵²⁵, Red Interclínica acompañó solo parte de los antecedentes requeridos, esta Fiscalía reiteró la solicitud de información con fecha 3 de septiembre de 2019⁵²⁶. La información solicitada fue acompañada con fecha 9 de septiembre de 2019⁵²⁷.
391. Con fecha 23 de septiembre de 2019, la División comunicó a las Partes sus conclusiones respecto al Informe de Eficiencias⁵²⁸. Posteriormente, con fecha 5 de diciembre de 2019, Red Interclínica acompaña el documento Téngase Presente Red Interclínica VI, en el que presentó algunas observaciones relativas al análisis de eficiencias dinámicas aportados por esta División en dicha instancia. En lo que sigue se expone el análisis realizado en consideración de los antecedentes indicados.

VI.A. Consideraciones previas

392. A modo de contexto, en lo relativo al análisis de las eficiencias en materia de fusiones, el TDLC se ha pronunciado indicando que “sólo se deben considerar aquellas eficiencias que sirvan de contrapeso para los riesgos identificados, creando posibilidades serias, concretas y verificables de que se alcancen eficiencias inherentes a la operación consultada y de que, en plazos razonables, se logre intensificar, o al menos no empeorar, el grado de competencia en el mercado relevante, pese a la mayor concentración que el mismo alcanzaría tras la operación consultada”⁵²⁹.
393. En este mismo sentido lo ha entendido la FNE, que en la Guía señala que para ser consideradas dentro del análisis competitivo, las eficiencias presentadas deben

⁵²¹ Atendido que dicha presentación no acompañó las bases de datos en virtud de las cuales se elaboró el Informe de Eficiencias, el Informe de Riesgos realizada por esta División no contempló un análisis de las eficiencias presentadas.

⁵²² Respuesta de Red Interclínica a Oficio Ord. N°1683, a fojas 1283 del Expediente F178.

⁵²³ Reuniones con Francisco Caravia Rabi, de fecha 21 de agosto de 2019, según consta en acta a fojas 1318 del Expediente F178; y con Benjamín del Solar Leefhelm, Subgerente Comercial Corporativo de Red Interclínica, de fecha 22 de agosto de 2019, según consta en acta a fojas 1323 del Expediente F178.

⁵²⁴ Mediante Oficio Ord. N°1732.

⁵²⁵ A fojas 1360 del Expediente 178.

⁵²⁶ Mediante Oficio Ord. N°1800, a fojas 1379 del Expediente F178.

⁵²⁷ A fojas 1400 del Expediente 178.

⁵²⁸ Mediante una minuta que consta a fojas 1435 del Expediente F178.

⁵²⁹ Resolución N°43/2012, Consulta de SMU S.A. sobre fusión entre SMU S.A. y Supermercados del Sur S.A., Rol NC 397-11, párrafo 13.3.

cumplir copulativamente con ser verificables, inherentes a la operación de concentración, y aptas para compensar el mayor poder de mercado obtenido por la empresa concentrada⁵³⁰.

394. Por su parte, el TDLC ha sostenido recientemente que “las eficiencias asociadas a una operación de concentración y que son aptas para contrarrestar el mayor poder de mercado que obtiene la empresa fusionada, deben ser verificables, tanto en su probabilidad de ocurrencia como en su magnitud, e inherentes [...], es decir, que las Operaciones sean indispensables para lograr estas mejoras de eficiencias y que no existan mecanismos menos restrictivos para alcanzarlas”⁵³¹.

395. Respecto a la posibilidad de compensar el mayor poder de mercado obtenido producto de una operación de concentración, tanto el TDLC como esta Fiscalía consideran que las eficiencias deben ser suficientes, oportunas y traspasables a consumidores⁵³², en cuanto “las eficiencias alegadas deben redundar, al menos en parte y con probabilidad y plazo razonables, en menores precios para los consumidores o en una mejora en la calidad de los productos o servicios ofrecidos”⁵³³.

396. En concreto, la Guía reconoce que las eficiencias pueden ser tanto productivas como dinámicas, jugando las primeras un rol más directo en la mitigación de riesgos producto de una operación de concentración horizontal⁵³⁴. Sin perjuicio de lo anterior, también se reconoce la relevancia de las eficiencias dinámicas para mitigar riesgos de manera indirecta en aquellos casos en que existen complementariedades entre las partes de una operación. En tales casos, los efectos negativos de un aumento de precios deben ponderarse de manera cualitativa con efectos positivos producto del robustecimiento de la estructura empresarial, como sería, por ejemplo, a través de un incremento de la calidad ofrecida⁵³⁵.

397. A modo de contexto, cabe destacar que tanto en la literatura económica como en jurisprudencia comparada en materia de operaciones de concentración entre prestadores de salud, generalmente se aducen dos tipos de eficiencias para contrarrestar los riesgos aparejados a dichas transacciones: eficiencias de disminución de costos y de aumento de calidad en las prestaciones⁵³⁶. En lo que

⁵³⁰ Guía, pág. 22 y siguientes.

⁵³¹ Véase TDLC, Sentencia 166/2018, Recurso de Revisión Especial de Ideal S.A. y otro en contra de la Resolución de la FNE, Rol RRE-1-2018, Considerando 81, y TDLC, Resolución 54/2018, Consulta de la Asociación Chilena de Empresas de Turismo A.G. sobre operación de concentración LATAM Airlines Group, American Airlines Inc. y otras, Rol NC 434-2016, párrafo 141.

⁵³² Guía, pág. 24-25; FNE. 2018. Ideal/Nutrabien, Rol FNE F90-2017; y FNE. 2018. Essilor/Luxottica, Rol FNE F85-2017, entre otras.

⁵³³ TDLC Sentencia 166/2018, Recurso de Revisión Especial de Ideal S.A. y otro en contra de la Resolución de la FNE, Rol RRE-1-2018, Considerando 82, y TDLC Resolución N°43/2012, Consulta de SMU S.A. sobre fusión entre SMU S.A. y Supermercados del Sur S.A., Rol NC 397-11, párrafo 13.7.

⁵³⁴ Guía, pág. 23.

⁵³⁵ En este sentido, véase Guía pág. 23: “Las eficiencias dinámicas no operan como una mitigación directa de los riesgos creados, sino más bien como un contrapeso indirecto. En consecuencia, una operación de concentración puede dañar a los consumidores por la vía de precios más altos, y a la vez favorecerlos por la vía de crear una estructura empresarial redundante en nuevos y mejores productos. En esos casos, la FNE ponderará cualitativamente los efectos asociados a ambos escenarios”.

⁵³⁶ En este sentido: FTC Complaint in re Butterworth Health Corporation No D-9283 (FTC Filed Nov. 18, 1996), y FTC v. Tenet Healthcare Corp. No D-9289 (FTC Filed Aug. 20, 1998). Véase asimismo, Perry, J. y

respecta a lo primero, suelen mencionarse como tales las economías de escala, la reducción de capacidad ociosa y consolidación de servicios⁵³⁷. En lo relativo a mejoras en calidad, se mencionan sinergias, complementariedades entre prestadores institucionales e inversiones en mejora de servicios, lo que también depende de si se trata de una entidad sin fines de lucro o si ella tiene por objeto maximizar sus beneficios⁵³⁸⁻⁵³⁹.

VI.B. Análisis de las eficiencias presentadas

398. El Informe de Eficiencias presenta tanto eficiencias productivas como dinámicas producto de la Operación, y fue analizado bajo los parámetros esbozados *supra*. Las eficiencias productivas, consistirían en disminuciones de la ratio entre determinados ítems de costos e ingresos de Clínica Tarapacá, de [0-10]% con respecto a los costos de explotación, y [0-10]% con respecto a los gastos de administración y ventas (“GAV”) [97].
399. Según señala dicho reporte, las eficiencias dinámicas, por su parte, consistirían en la habilidad de la entidad resultante de la Operación para aumentar la capacidad resolutive de las Clínicas, en el sentido de viabilizar la implementación de los siguientes proyectos (que fueron referidos en la Sección I del presente Informe); (i) UTI neonatal; (ii) UTI adulto; (iii) [97*]; y (iv) potenciar el área de neurocirugía⁵⁴⁰⁻⁵⁴¹. La metodología utilizada en el análisis consiste en proyectar la demanda de cada unidad para cada una de las Clínicas, y a partir de dicha demanda, estimar los flujos de las respectivas unidades. Lo anterior es efectuado

Cunningham, R. (2013) Effective Defenses of Hospital Mergers in Concentrated Markets. Antitrust, by the American Bar Association. 27. 43-47, y Blair, R., Durrance, C. y Sokol, D. (2016) Hospital Mergers and Economic Efficiency. Washington Law Review. 91. En este último, en base a una revisión de casos de fusiones de hospitales en Estados Unidos, respecto de las eficiencias basadas en calidad, se señala que, a menudo consideran variables tales como la reducción del tiempo de hospitalización de los pacientes o ampliar el espectro de pacientes a los que podrían dar atención médica (pág. 59 en adelante). Respecto a eficiencias basadas en reducciones de costos, véase la revisión realizada por Harrison, T. (2011) Do Mergers Really reduce costs? Evidence from Hospitals. Economic Inquiry. 49.

⁵³⁷ Lo que no debe confundirse con eliminación de servicios. La idea de consolidación es aprovechar las economías de escala a través de una distribución eficiente de los recursos y no de la eliminación y reducción de la oferta.

⁵³⁸ Véase Han, J., Kairies-Schwarz, N. y Vomhof, M. (2017) Op. Cit., pág. 36: “[l]as fusiones pueden generar contención de costos (sinergias) que llevan a un aumento en la calidad. La literatura sobre competencia en calidad y agentes económicos que buscan maximización de los beneficios, en general, muestra una relación negativa entre concentración de mercado y calidad de la salud.” Traducción libre. En el original: “[m]ergers could create cost containment (synergies) leading to increasing quality levels. The theoretical literature on quality competition and profit-maximising agents usually shows a negative relationship between market concentration and quality of care.”

⁵³⁹ En este sentido véase Perry, J. y Cunningham, R. (2013) Op.Cit. pág.46: “(...) La segunda versión de la defensa de instituciones sin fines de lucro, reconoce que un hospital sin fines de lucro cobra los precios más altos que puede negociar con los planes de salud, pero la estructura sin fines de lucro hace que el hospital reinvierta estas ganancias supracompetitivas en iniciativas que mejoran los servicios de salud comunitarios, haciendo que los altos precios sean benéficos, al menos en términos netos para la comunidad. (...)”. Traducción libre. En el original: “(...)The second version of the NFP [Not-For-Profit] defense acknowledges that a NFP hospital charges highest prices it can negotiate with health plans, but asserts that the NFP structure causes the hospital to reinvest these supracompetitive profits in initiatives that enhance community health services, rendering the high prices benign, at least on a net-net basis to the community. (...)”. Otra referencia es American Bar Association. (2018) Health Care Mergers and Acquisitions Handbook, Second Edition, pág. 75.

⁵⁴⁰ Capítulo 4.2. del Informe de Eficiencias.

⁵⁴¹ Cabe señalar, como se verá más adelante, que mediante Téngase Presente Red Interclínica VI, la Compradora reconoce que una de las unidades no sería rentable, motivo por el cual “modificó su plan de expansión y ahora contempla una unidad de hemodinamia”.

en dos escenarios; uno que considera sólo la demanda esperada para Clínica Tarapacá y otro que considera la demanda total de ambas Clínicas.

400. En lo que sigue se analizan cada una de las eficiencias aducidas en el Informe de Eficiencias a la luz de los requisitos establecidos en la Guía y en la jurisprudencia, a fin de determinar si ellas resultan aptas para contrapesar de manera oportuna y suficiente los riesgos ya expuestos en el presente Informe.

a) Eficiencias productivas

401. En cuanto a las eficiencias productivas, el Informe de Eficiencias argumenta que la Operación podría reducir los costos de las Clínicas por el aprovechamiento de economías de escala.

402. Dicho informe, aporta una revisión de literatura económica que cuantifica la presencia de economías de escala en hospitales de diversos países. Sin embargo, analizada en detalle la doctrina presentada, los resultados de los estudios son muy variados y no directamente extrapolables a Chile. Su aprendizaje principal, para la presente Investigación, sería la necesidad de tomar en consideración ciertos aspectos metodológicos para realizar una estimación apropiada de las funciones de costos en los mercados de salud⁵⁴².

403. Respecto al aprovechamiento de economías de escala en el caso particular de la Operación, el Informe de Eficiencias plantea dos ejercicios: i) una comparación de costos correspondientes a prestaciones PAD entre los prestadores de Red Interclínica, indicando que, en general, las clínicas categorizadas como más grandes tendrían menores costos directos promedios que aquellas categorizadas como más pequeñas; y ii) una comparación entre los indicadores de costos de Clínica Tarapacá proyectados una vez perfeccionada la Operación, y los históricos, según estimaciones internas de Red Interclínica.

⁵⁴² Por ejemplo, la necesidad de controlar por factores vinculados con la calidad de las prestaciones, lo sensible que suelen ser los resultados a las especificaciones que se utilicen, la necesidad de controlar por el nivel de complejidad de las prestaciones y la interrelación entre diversas unidades de los hospitales. El Informe de Eficiencias cita los siguientes artículos: 1) Morikawa, M. (2010) Economies of Scale and Hospital Productivity: An empirical analysis of medical area level panel data. RIETI Discussion Paper Series. 10-E-050. Este estudio estima económicamente para el mercado japonés la productividad total de factores de hospitales, utilizando datos de panel tanto de pacientes hospitalizados como ambulatorios, de 47 prefecturas, en un período que va desde 1997 a 2008. En una segunda aproximación, considera 239 áreas de atención médica de nivel secundario con datos desde el año 1998 hasta 2007. 2) Kristensen, T. y otros (2008) Economies of scale and optimal size of hospitals: Empirical results for Danish public hospitals. Health Economics Papers, 2008:13. Este estudio utiliza tres especificaciones para estimar la función de costos de corto plazo para hospitales en el sistema de salud danés, para pacientes hospitalizados y ambulatorios, utilizando datos de panel. Para esto, se utilizó la información de 54 hospitales públicos, entre los años 2004 y 2006. 3) Gaynor, M. y otros (2015) Analysis of Hospital Production: An Output Approach. Journal of Applied Econometrics. 30. 398-421. Este estudio estima una función de costos, considerando a los hospitales como empresas multiproducto. Utiliza datos del sistema de salud de California, de 324 hospitales para el año 2003, con información a nivel de pacientes. 4) Freeman, M. y otros (2019) Economies of Scale and Scope in Hospital: An Empirical Study of Volume Spillovers. Working Paper, disponible en: <<http://faculty.london.edu/nsavva/ScaleAndScope.pdf>> [última visita: 06.12.2019]. El estudio se realiza con respecto a pacientes hospitalizados de Inglaterra, en hospitales del sistema nacional de salud, entre los años 2006 y 2016.

404. El primer ejercicio consiste en comparar los costos promedios de prestaciones PAD, por tratarse de prestaciones estandarizadas, para las cuatro clínicas de Red Interclínica, obteniendo cierta relación negativa entre el tamaño de las mismas y el costo promedio de proveer dichas prestaciones. Se argumenta que se acotan a estas prestaciones producto de la dificultad de comparar costos por los distintos *mix* de servicios que cada clínica entrega. Los resultados muestran que las clínicas más grandes tendrían en general menores costos que las más pequeñas⁵⁴³.

405. Sin perjuicio de que, desde una perspectiva teórica, algunos de los parámetros presentados pudieran parecer razonables⁵⁴⁴, las limitaciones en la data utilizada⁵⁴⁵ y diferencias respecto al uso de insumos médicos y el tiempo promedio de atención de las prestaciones⁵⁴⁶, impiden extraer una cuantificación de las economías de escala a partir de los antecedentes presentados⁵⁴⁷. En efecto, estas dificultades son

⁵⁴³ Este resultado tiene el problema, sin embargo, de que no todas las clínicas ofrecen todas las prestaciones PAD, por lo que la composición de prestaciones afecta el ejercicio. Si se restringe el análisis únicamente a las prestaciones PAD en común, tal como se realizó en el Cuadro 5 del Informe de Eficiencias, la magnitud de la diferencia de los costos sería entre un [98], sin embargo: (i) las prestaciones no son completamente comparables por uso de insumos y tiempo de espera y (ii) las clínicas que se presentan como pequeñas, serían más grandes en prestaciones PAD parte del subconjunto traslapado. Por lo demás, si se realiza un análisis pormenorizado de cada prestación en particular las conclusiones en relación a las diferencias de costos no serían robustas. Como se desprende de la literatura citada en el Informe de Eficiencias (véase nota 542 *supra*), la estimación de funciones de costos que permitan determinar la magnitud de economías de escala requiere una gran cantidad de datos que no se tuvo disponible, por lo que el ejercicio presentado no sería propiamente una cuantificación de las economías de escala.

⁵⁴⁴ Las economías de escala son reconocidas como posibles eficiencias por esta Fiscalía (véase Guía pág. 23) y han sido esgrimidas ante y reconocidas por jurisdicciones extranjeras (véase Hovenkamp, H. (2017) *Appraising Merger Efficiencies*, Penn Law: Legal Scholarship Repository, 24, 703-741, pág. 720).

⁵⁴⁵ El Informe de Eficiencias se basa en ejercicios que utiliza datos de un solo mes (mayo de 2019) con respecto únicamente a las cuatro clínicas de su red: Clínica Los Carrera, Nueva Clínica Cordillera, Clínica los Leones y Clínica Tarapacá. Lo anterior no permite obtener conclusiones extrapolables a un periodo más extenso, ni prever qué ocurriría luego de la Operación. Adicionalmente, el ejercicio compara datos de manera agregada, y no resulta consistente con un ejercicio análogo considerando prestaciones específicas PAD por separado.

⁵⁴⁶ Tal como lo señala Gaynor y otros (2015) *Op.Cit.*, un análisis que permita cuantificar las economías de escala entre prestadores de salud debe controlar adecuadamente por las diferencias entre la complejidad de las prestaciones, lo que está relacionado con el uso de insumos y el tiempo de estadía de cada paciente. En atención a que una misma prestación tiene distintos niveles de complejidad dependiendo de las características de cada paciente, una comparación de costos que no controle por el nivel de complejidad de las atenciones, no permite obtener resultados concluyentes. En el caso particular, como se observa en el Cuadro 5 del Informe de Eficiencias, las clínicas estudiadas tienen distinto uso de medicamentos e insumos en promedio para las prestaciones analizadas, así como diversos tiempos promedio de atención. Estas diferencias reflejan que las prestaciones de las clínicas cuyos costos se analizan no son directamente comparables, por tratarse de pacientes de distinto nivel de complejidad y, por lo tanto, no es posible evaluar la magnitud de la diferencia en costos directos promedio que podría deberse a economías de escala.

⁵⁴⁷ Es pertinente señalar que, si bien las Partes no presentaron una cuantificación de las economías de escala, en el Téngase Presente Red Interclínica II se indica que en Estados Unidos se aplica una regla de *minimis* para operaciones de concentración entre prestadores de salud en que alguno tenga menos de 100 camas y menos de 40 pacientes diarios en promedio durante los últimos tres años. Dicho estándar se basa en la presunción de que, con una escala de operación menor a la señalada, resultaría improbable que una fusión redujera sustancialmente la competencia. Con este argumento Red Interclínica intenta evitar el requisito de dimensionar las economías de escala que se alcanzarían con la Operación y su respectiva comparación con los riesgos de la Operación. Al respecto, se debe tener presente que las reglas de *minimis* que se establecen en otras jurisdicciones no resultan directamente aplicables al contexto local, porque responden a condiciones de mercado diferentes. En este sentido, Estados Unidos tiene más de 17 veces la población de Chile, cerca de 70 veces el PIB de nuestro país y un contexto regulatorio diferente, por ello las mismas deben ser adaptadas a cada jurisdicción. Es por ejemplo, lo que se hizo para la fijación de umbrales de notificación de operaciones de concentración, bajo el cual no resulta necesario notificar por la baja entidad que tendrían las partes. La forma de determinar los umbrales en cada jurisdicción se basa en las condiciones de mercado específicas de cada una, y en general se aplican reglas proporcionales al tamaño de las economías, y no una aplicación directa de los umbrales que utilizan otras jurisdicciones, como pretende Red Interclínica. En este sentido, la *International*

reconocidas en el propio Informe de Eficiencias, que expresamente señala que no toda la diferencia en los costos podría estar justificada en economías de escala⁵⁴⁸.

406. En consecuencia, dada la falta de cuantificación de las eficiencias producto del primer ejercicio presentado, las mismas no pueden considerarse en el análisis, por no cumplir los requisitos mínimos establecidos en la Guía y jurisprudencia del TDLC⁵⁴⁹.
407. El segundo ejercicio se basa en estimaciones que realizó Red Interclínica para evaluar la conveniencia de la adquisición de Clínica Iquique que considera los eventuales ahorros en costos de la Operación⁵⁵⁰. De acuerdo a dichas estimaciones, post Operación los costos de explotación y los GAV, en relación a los ingresos de Clínica Tarapacá⁵⁵¹, caerían en un [0-10]% y en un [0-10]%, respectivamente [99].
408. El ejercicio presentado en el Informe de Eficiencias consiste en comparar los ratios de costos sobre ingresos en un periodo previo a la Operación (2013-2017) con la proyección de dichos ratios posterior al perfeccionamiento de la misma (2019-2025). Para ello se utiliza una metodología en la cual variaciones de los ratios no solo dependen de los cambios en los costos unitarios sino también de variaciones en los

Competition Network ("ICN") señala que "el tamaño de la economía puede afectar lo que una jurisdicción considera como umbrales razonables [...]". ICN (2008) Setting notification thresholds for merger Review, disponible en: <<https://centrocedec.files.wordpress.com/2015/07/setting-notification-thresholds-for-merger-review-2008.pdf>> [última visita: 06.12.2019]. En el caso chileno, la definición de umbrales se realizó extrapolando los criterios de otras jurisdicciones, ajustados al PIB del país. Véase Coloma Ríos, F (2016) Fijación de Umbrales de Notificación de Operaciones de Concentración en Chile. En definitiva, la extrapolación directa de la regla *de minimis* aplicada en Estados Unidos al caso chileno, no resulta apropiada, atendidas las distintas condiciones de mercado que exhiben ambos países. En el contexto nacional, la mayoría de los prestadores institucionales privados de atención cerrada que operan en regiones distintas de la Región Metropolitana no sobrepasan las 100 camas, y ello no obsta el deber de la Fiscalía de evaluar en su mérito los efectos que cada operación de concentración generaría en la libre competencia. En el mismo sentido, en el Téngase Presente Red Interclínica VI se señala que Reino Unido también tendría una regla *de minimis* similar, en que las operaciones de concentración entre hospitales no serían revisadas por la CMA. La CMA guidance on the review of NHS mergers de 2014, en el párrafo 7.30 señala que las operaciones de concentración en mercados cuyo tamaño de manera agregada supere las 10 mil libras esterlinas serán lo suficientemente relevantes para descartar cualquier excepción *de minimis*. El mercado analizado en este Informe (las Clínicas) supera los 14 millones de libras esterlinas durante el año 2018, por ende, en cualquier caso no aplicaría la regla *de minimis* señalada. Véase guía de CMA disponible en: <https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/339767/Healthcare_Long_Guidance.pdf> [última visita: 06.12.2019].

⁵⁴⁸ Informe de Eficiencias pág.19.

⁵⁴⁹ En efecto, el estándar de verificabilidad aplica sobre eficiencias que hayan sido debidamente cuantificadas, y se refiere, tanto a su magnitud como a su probabilidad de ocurrencia. Al respecto, la Guía señala (pág.24): "Las eficiencias deben ser demostradas a través de evidencia convincente, tanto en lo relativo a su probabilidad de realización como en lo concerniente a su magnitud."

⁵⁵⁰ Estas estimaciones fueron preparadas por Benjamín del Solar Leefhelm, Subgerente Comercial Corporativo de Red Interclínica, para presentar una evaluación de la Operación en la sesión de directorio de Red Interclínica de fecha 14 de junio de 2018. El archivo utilizado proyecta los estados de resultados, actividad y capacidad de las Clínicas hasta el año 2025, a partir de información interna de Clínica Tarapacá, y de los informes de gestión de Clínica Iquique S.A., para los años 2015, 2016 y 2017, y de información respecto a la dotación de personal y remuneraciones de dicha clínica. Las proyecciones realizadas dependen de una serie de supuestos, uno de los cuales es que la Operación se hubiera perfeccionado en junio del año 2018. En este documento se abordan los principales supuestos utilizados para el análisis.

⁵⁵¹ Para el caso de costos de explotación, el indicador cuyo cambio se evalúa tiene como denominador los ingresos de explotación de la Clínica Tarapacá. En el caso del indicador de GAV, el denominador son los ingresos por venta, que corresponden a los ingresos de explotación menos los honorarios médicos quirúrgicos. Es pertinente señalar que los ingresos por honorarios médicos quirúrgicos son iguales a los costos por ese ítem, siendo incluidos los primeros dentro de los ingresos de explotación y los segundos dentro de los costos de explotación.

precios cobrados. De tal manera, atendido que el análisis considera el aumento de precios proyectado post Operación –según se expone *infra*– los ratios disminuirían por este efecto⁵⁵².

409. Los costos de explotación presentados en el Informe de Eficiencias corresponden principalmente a los siguientes ítems: remuneraciones de personal médico, costos de convenios para la realización de exámenes, costos de medicamentos e insumos médicos, gastos en depreciación y costos en honorarios médicos quirúrgicos⁵⁵³. Respecto a los GAV, los principales ítems corresponden a remuneraciones de personal de administración y ventas, gastos de oficina, gastos en servicios corporativos y provisión de incobrables.
410. En cuanto al segundo ejercicio presentado en el Informe de Eficiencias, el mismo no cumpliría con el requisito de **verificabilidad**, dado que los supuestos utilizados, asumen ahorros por la disminución de los costos de medicamentos e insumos y las mejoras en convenios para la realización de exámenes. Sin embargo, dichos ahorros se plantean como meras expectativas, sin presentarse elementos de análisis que permitan a esta División evaluar su plausibilidad.
411. Por otro lado, dentro de los supuestos utilizados se indica la inauguración en 2019 de las nuevas instalaciones de Clínica Tarapacá, lo que implicaría un aumento de las atenciones realizadas por dicho prestador. Sin embargo, dicho proyecto viene desarrollándose desde el año 2012, por lo que no cumpliría con el requisito de **inherencia**. Así, todo aprovechamiento de economías de escala que se derive del incremento de atenciones producto de la apertura del nuevo edificio, no puede ser

⁵⁵² El ejercicio mencionado permitiría comparar la magnitud de los ahorros de costos que se argumentan con los riesgos cuantificados en la Sección IV del presente Informe si no se proyectara un aumento de precios. Lo anterior por cuanto en dicho caso, los ahorros expresados corresponderían a la disminución de los costos unitarios expresados como porcentaje del precio. Sin embargo, en atención a que se proyecta un aumento de precio post Operación, la comparación de ratios podría expresarse por la siguiente fórmula:

$$Ahorro = \frac{C(Q)}{P * Q} - \frac{C(Q * (1 + \Delta\%Q))}{P(1 + \Delta\%P) * Q * (1 + \Delta\%Q)}$$

Donde: “C(Q)” son los costos totales (de explotación o GAV), como función de la cantidad de atenciones de la clínica; “Q” es la cantidad de atenciones anuales promedio pre Operación; “P” es un indicador del nivel de precios promedio de las atenciones pre Operación; $\Delta\%Q$ es la variación en el número de atenciones que se proyecta post Operación y $\Delta\%P$ es la variación proyectada del indicador de precios. “C(Q)/Q” y “C(Q*(1+ $\Delta\%Q$))/Q*(1+ $\Delta\%Q$)” son los costos unitarios promedio pre y post Operación.

De esta forma, un aumento proyectado de los precios implicaría una reducción de los ratios de costos que no se vincula con una reducción en los costos unitarios de producción.

⁵⁵³ Los costos por honorarios médicos quirúrgicos equivalen a los ingresos que se obtienen por este concepto.

considerado en el análisis de eficiencias para contrapesar los riesgos de la Operación⁵⁵⁴, toda vez que su realización es independiente de ella⁵⁵⁵.

412. Adicionalmente, se consideró que, en virtud de la Operación, la infraestructura de Clínica Iquique se destinaría a las áreas **[100]** (unidades que en conjunto serían menos rentables⁵⁵⁶) mientras que Clínica Tarapacá incorporaría todas las demás prestaciones para atención de adultos. Lo anterior, en este caso particular, implicaría menores indicadores de costos en el escenario post Operación, considerando que el denominador de dicho ratio está determinado por los ingresos de Clínica Tarapacá, que en ausencia de las prestaciones menos rentables, sería mayor. Así, dado que se compara un escenario pre-Operación con uno post Operación sin la totalidad de prestaciones que actualmente ofrece la clínica, el análisis no aislaría apropiadamente los efectos de la Operación.

413. En definitiva, y según fue expuesto, el ejercicio planteado por el Informe de Eficiencias, en cuanto a los ahorros en costos esperados de la Operación, tiene como base una serie de supuestos respecto de los cuales Red Interclínica no ha aportado antecedentes que sirvan para evaluar su probabilidad de ocurrencia y su magnitud, en caso de materializarse la misma⁵⁵⁷. En efecto, sin existir una adecuada

⁵⁵⁴ En tal sentido el TDLC ha señalado lo siguiente: "(...) En este sentido Farrell y Shapiro señalan que, al menos en términos teóricos, las economías de escala pueden ser alcanzadas unilateralmente a través del crecimiento orgánico, definiendo como sinergias inherentes aquellas eficiencias que son resultado de la integración de activos que las partes de la operación poseen, y que no son posibles de ser transados en el mercado, como por ejemplo podría serlo un tipo muy específico de capacidad empresarial o un activo estratégico (esto es, con un valor de uso relevante y muy específico)". (Resolución N°43/2012, Consulta de SMU S.A. sobre fusión entre SMU S.A. y Supermercados del Sur S.A., Rol NC 397-11, párrafo 13.8.). Conforme a la metodología de cálculo de los ahorros descrita (véase nota 552 *supra*), la totalidad del ahorro derivado del aumento del número de atenciones (aprovechamiento de economías de escala), es considerada en la fórmula. En efecto, los ingresos post Operación (en el denominador del indicador) aumentan debido al incremento proyectado del número de atenciones ($\Delta\%Q$), lo que está influenciado por la inauguración de la nueva torre de Clínica Tarapacá. Por otra parte, el aumento de costos menor que los ingresos se explica por un mayor aprovechamiento de los recursos humanos, que, según se proyecta, aumentaría en menor proporción el personal destinado a atenciones de salud que el número de atenciones, como se expondrá *infra*

⁵⁵⁵ Al respecto, en materia de operaciones de concentración entre servicios de salud, ver Fed. Trade Comm'n v. Cardinal Health, 12 F. Supp. 2d 34, 63 (D.D.C. 1998), en el cual la Corte estima que si bien los hospitales presentaron evidencia significativa de reducciones de costos, la pregunta crítica en cuanto a la defensa de eficiencias es si las reducciones proyectadas con ocasión de la operación de concentración son suficientes para sobrepasar la evidencia que muestra que los posibles beneficios de la operación pueden ser alcanzados por los consumidores a través de la competencia existente entre las partes. En el mismo sentido, Fed. Trade Comm'n v. Staples, Inc., 970 F. Supp. 1066, 1090 (D.D.C. 1997), en el cual se rechaza el estudio de eficiencias presentados por las partes, considerando que no existió un cálculo acucioso que distinguiera las eficiencias inherentes a la operación, de aquellas que no estaban relacionadas a ella.

⁵⁵⁶ De acuerdo a las estimaciones realizadas en el archivo Excel "Planificación Financiera CT y CI v.6 (Cambio de inicio operación).xlsx", las prestaciones que quedarían en Clínica Tarapacá tendrían un margen de explotación sobre los ingresos de **[101]** (durante los 6 meses iniciales del proyecto, proyectado para junio del año 2018), mientras que las prestaciones que quedarían en Clínica Iquique tendrían un margen de explotación sobre los ingresos de **[102]**.

⁵⁵⁷ Al respecto el TDLC señala: "En relación al primer requisito, esto es, que las eficiencias alegadas sean demostradas, este Tribunal estima que la única manera de poder analizar hasta qué punto se concretarían éstas y hasta qué punto contrarrestarían los efectos anticompetitivos de la operación, consiste en que los interesados en materializarla acrediten debidamente el origen, tipo y magnitud de las mismas". "Así, y entrando derechamente al análisis del primero de los requisitos planteados en autos, es preciso en primer lugar hacer presente que las únicas estimaciones de eficiencias que constan en autos fueron presentadas, y aún más, elaboradas, por las propias consultantes, por lo que este Tribunal no puede otorgarles mayor mérito que el de un escrito emanado de la parte que lo presenta (...)". "Lo indicado es especialmente relevante, por cuanto, para efectos de este Tribunal, las eficiencias planteadas no pueden ser consideradas como demostradas en los términos señalados anteriormente, sino como meras proposiciones, que con mayor o menor probabilidad

cuantificación de dichos ahorros, las alegaciones de las partes resultan ser más bien especulativas, siendo evidente que éstas no cumplen con el estándar necesario para ser consideradas como contrapeso efectivo a los riesgos detectados⁵⁵⁸.

414. Por último, dado que algunos de los supuestos utilizados en el análisis –que inciden directamente en la cuantificación de los ahorros presentados– estarían relacionados con el uso del mayor poder de mercado alcanzado producto de la Operación, los mismos tampoco cumplirían con el requisito relativo a la **aptitud para compensar el mayor poder de mercado**, conforme se ha sostenido jurisprudencialmente⁵⁵⁹. Lo anterior, toda vez que, en términos simples, un análisis de eficiencias contrapesa el aumento de poder de mercado con eficiencias para determinar si el consumidor estará mejor, peor o igual post operación; por lo tanto, una eficiencia no podría derivarse únicamente del uso del mayor poder de mercado alcanzado por la operación⁵⁶⁰.

415. En específico se mencionan los siguientes ahorros vinculados al uso del mayor poder de mercado alcanzado⁵⁶¹:

- i. Clínica Tarapacá aumentaría sus aranceles de día cama en un **[103]**, a partir del año 2019. Lo que, en consideración a la forma en que se estiman los indicadores de costos –donde en su denominador, implícitamente se consideran los precios⁵⁶²–, implicaría una reducción de los mismos.

podrían derivarse de la fusión propuesta (...)” (Resolución N°24/2008, Consulta sobre fusión entre S.A.C.I. Falabella y Distribución y Servicio D&S S.A., Rol NC 199-07, párrafos 240, 244 y 245).

⁵⁵⁸ Al respecto, véase: Shelanski, H. (2015) Efficiency Claims and Antitrust Enforcement, en The Oxford Handbook of International Antitrust Economics, ed. R. D. Blair y D. D. Sokol, vol.1, pág. 461. “La verificación de las eficiencias implica que las agencias deben ser capaces de verificar, por medios razonables, la probabilidad y magnitud de cada eficiencia alegada, cómo y cuándo sería alcanzada (y los costos que conllevaría), y cómo aumentaría la habilidad e incentivo de la entidad fusionada para competir. Es más probable corroborar eficiencias análogas a experiencias pasadas. Las agencias no considerarán eficiencias que sean vagas, especulativas, o que no puedan ser verificadas por medios razonables. En atención a que los ahorros en costos son cuantificables, y están bajo el control de las partes que proyectan fusionarse, es menos probable que sean vagos o especulativos.” Traducción libre. En el original: “Verification of efficiencies means the agencies must be able to verify ‘by reasonable means the likelihood and magnitude of each asserted efficiency, how and when each would be achieved (and any costs of doing so), [and] how each would enhance the merged firm’s ability and incentive to compete’ Efficiencies are most likely to be substantiated when they are analogous to past experiences. The agencies will not consider efficiency claims that are ‘vague, speculative, or otherwise cannot be verified by reasonable means.’ Since cost savings are both quantifiable and under the control of the merging parties, they are less likely to be vague and speculative.”

⁵⁵⁹ El TDLC formula el requisito “no provenir de reducciones anticompetitivas en la cantidad o calidad de los productos o servicios ofrecidos, que resulten del mayor poder de mercado alcanzado”, siendo el aspecto más relevante que evalúa (Véase Resolución 43/2012, Consulta de SMU S.A. sobre fusión entre SMU S.A. y Supermercados del Sur S.A., Rol NC 397-11, y Resolución 24/2008, Consulta sobre Fusión de D&S y Falabella, Rol NC 199-07).

⁵⁶⁰ Un aumento de precios no podría ser considerado por sí mismo un argumento de eficiencias, sin embargo, en casos de hospitales sin fines de lucro, se ha planteado que eventuales aumentos de precios podrían no ser considerados un riesgo para la competencia, en cuanto el mayor margen que se derivaría de ello, necesariamente debería expresarse en inversiones que beneficien a los consumidores en otras variables competitivas al tener imposibilidad de retirar utilidades de las empresas y no perseguir en general maximizar beneficios (véase FTC Complaint in re Butterworth Health Corporation, Op.Cit.). Lo anterior, sin embargo, no se cumple en el caso analizado, donde las Clínicas son prestadores privados de salud con fines de lucro.

⁵⁶¹ Véanse las hojas “Supuestos Generales” y “Sensibilidad” del archivo Excel “Planificación Financiera CT y CI v.6 (Cambio de inicio operación).xlsx”, acompañado en la carpeta Anexo-Punto N°1 de la respuesta al Oficio Ord. N°1683, a fojas 1283 del Expediente F178.

⁵⁶² Ello por cuanto los ratios que se comparan (en los escenarios antes y después de la Operación) son costos explotación divididos por los ingresos explotación y GAV divididos por los ingresos por ventas. De

ii. Post Operación se proyecta **[104]**⁵⁶³ lo cual implicaría aumentar el número de atenciones por auxiliar de servicios médicos (**[105]**).

416. En efecto, respecto del punto (i), dado que el denominador de los ratios de costos consiste en los ingresos, el aumento de precios proyectado por Red Interclínica post Operación, por sí mismo, genera una reducción de dicho ratio que es presentado como un ahorro de costos en el Informe de Eficiencias. Lo anterior, a juicio de esta División, no sería una fuente de eficiencias, al tratarse de la materialización de un riesgo unilateral.

417. Por otra parte, tal y como se menciona en la Sección IV *supra*, en el presente caso los efectos anticompetitivos de la Operación no se limitan a aumentos de precios, sino que también involucran aspectos relativos a la disminución en la calidad de las prestaciones. En este sentido, la eficiencia que se invoca en el punto (ii), vinculada al mayor aprovechamiento del personal disponible **[106]**, si bien podría constituir una reducción de costos, en materia de servicios de salud, podría implicar una disminución en calidad. Lo anterior, dado que –según se expuso *supra*– el ratio de personal por paciente es uno de los principales parámetros de calidad del servicio, y en consecuencia, la reducción del mismo podría generar una disminución de dicha variable competitiva en los servicios de salud, que difícilmente podría ser aceptada como eficiencia⁵⁶⁴.

418. En consecuencia, a juicio de esta División, el mayor aprovechamiento de los recursos humanos dedicados a atención de pacientes **[107]** podría no ser neutral respecto a la calidad de las Clínicas, o incluso podría disminuirla. Por lo tanto, la posibilidad de considerarlo como mitigación a los riesgos de la Operación requeriría mayores antecedentes cualitativos que demostraran que dichos ahorros no tienen como correlato una disminución de la calidad de atención.

419. Asimismo, la Fiscalía y el TDLC han señalado que “las eficiencias alegadas deben redundar, al menos en parte y con probabilidad y plazo razonables, en menores precios para los consumidores o en una mejora en la calidad de los productos o servicios ofrecidos. [...] De este modo, las eficiencias inherentes a cada operación consultada deben ser de una magnitud tal y traspasarse a precios con una probabilidad y plazo suficientes como para, al menos, permitir que los precios no experimenten un alza tras la operación consultada”⁵⁶⁵. Dicho estándar no sería

este modo, un aumento de los precios promedios, significa una reducción de los ratios de costos, al aumentar los ingresos y no afectar los costos.

⁵⁶³ **[108]**.

⁵⁶⁴ Lo anterior se refleja en la hoja “Remuneraciones” del archive Excel “Planificación Financiera CT y CI v.6 (Cambio de inicio operación).xlsx”, acompañado en la carpeta Anexo-Punto N°1 de la respuesta al Oficio Ord. N°1683, a fojas 1283 del Expediente F178, en el cual se plantea un número de atenciones por miembro del personal de salud de la entidad fusionada como meta para el año 2025 y un aumento gradual desde el año 2018 hasta ese año. El número de atenciones por miembro del personal ha sido considerado como un indicador de la calidad de atención internacionalmente. Véase Romano, P. y Balan, D. (2010) Op. Cit.

⁵⁶⁵ Véase Resolución N° 43/2012, Consulta de SMU S.A. sobre fusión entre SMU S.A. y Supermercados del Sur S.A., Rol NC 397-11, párrafo 13.7. En el mismo sentido, Sentencia 166/2018, Recurso de Revisión Especial de Ideal S.A. y otro en contra de la Resolución de la FNE, Rol RRE-1-2018, Considerando 82.

alcanzado por las eficiencias analizadas, en tanto no redundarían en menores precios ni mejoras en calidad de los servicios ofrecidos.

420. A modo de síntesis, el análisis presentado en el Informe de Eficiencias implica que los ingresos post Operación aumentarían debido al incremento proyectado de los precios de las hospitalizaciones no paquetizadas y por el aumento del número de atenciones, lo que está influenciado tanto por la captura de la demanda de ambas Clínicas por la entidad fusionada producto de la Operación, como por la inauguración de la nueva torre de Clínica Tarapacá. Por otra parte, el aumento de costos en menor proporción que los ingresos se explica, en parte, por la mayor utilización de los recursos humanos⁵⁶⁶.

421. Por otro lado, en lo relativo a los ítems de gastos que conforman GAV, resulta relevante señalar que ellos no varían con la cantidad de prestaciones que se realizan en la clínica y, por lo tanto serían, desde un punto de vista económico, costos fijos. Los ahorros en costos fijos, como ha sido reconocido ampliamente a nivel de literatura económica y en la jurisprudencia, tienen baja probabilidad de ser traspasados a consumidores⁵⁶⁷.

422. En este orden de cosas, ninguno de los ejercicios presentados en el Informe de Eficiencias consigue cuantificar apropiadamente las economías de escala que se argumentan. El primer ejercicio, por deficiencias en los datos aportados, se plantea únicamente como motivación o expectativa, pero no ofrece ninguna cuantificación. El segundo, se basa en una simulación de los flujos financieros de la Clínica Tarapacá que se deduce de supuestos que no se encuentran verificados y que, eventualmente, podrían incluso involucrar empeoramientos de las condiciones de calidad para los usuarios, por lo que no cumplen con el criterio de ser aptos para contrapesar el mayor poder de mercado. Finalmente, no se presentan elementos para justificar la magnitud de las reducciones de costos que eventualmente podrían ser inherentes a la Operación, como ahorros por aumentos en el volumen de compra de medicamentos e insumos médicos o los ahorros por mejores condiciones de convenios para la realización de exámenes.

423. Con todo, si los ahorros invocados cumplieren los requisitos de verificabilidad e inherencia a la Operación (sin contar aquellos que en sí mismos implican la explotación del mayor poder de mercado adquirido producto de la misma), la disminución de costos de medicamentos e insumos proyectados serían de [0-5]%

⁵⁶⁶ Es pertinente tener en cuenta, que, de acuerdo a los datos presentados, el principal costo de explotación para Clínica Tarapacá correspondería al **[109]**, equivalente al **[110]** de los costos de venta proyectados para el año 2018.

⁵⁶⁷ De acuerdo a la literatura económica y jurisprudencia aplicable, las variables competitivas de corto plazo sólo se ven afectadas por ahorros de costos marginales. Los ahorros en los costos fijos podrían traducirse de manera indirecta en un aumento del bienestar para los consumidores cuando reducen los costos de acceso al capital para financiar de nuevas inversiones, en contextos de competencia por innovación. Al respecto, véase TDLC Resolución 43/2012, Consulta de SMU S.A. sobre fusión entre SMU S.A. y Supermercados del Sur S.A., Rol NC 397-11, párrafo 13.11; Röller, L., Stenek, J. y Verboven, F. (2006) Efficiency gains from mergers. Working Paper Series 543, Research Institute of Industrial Economics; Rubinowitz, R. (2009) The role of fixed cost savings in merger analysis. Journal of Competition Law and Economics, Vol.5; Guía, pág.25; Directrices para la Evaluación de Concentraciones Horizontales de Comisión Europea, párrafo 80; y la Guía de Fusiones Horizontales de Estados Unidos (Horizontal Mergers Guidelines, 2010) del DOJ y la FTC, nota al pie 15.

[111] del precio, mientras que los ahorros referidos a los convenios médicos alcanzarían [0-5]% [112] del precio. Dichos ahorros, por si mismos, no resultan suficientes para compensar los riesgos derivados de la Operación, pues su entidad, según se expuso, es muy inferior a la cuantificación de los riesgos realizada por esta División⁵⁶⁸.

424. A mayor abundamiento, aun cuando las economías de escala pudieran considerarse inherentes y hubiesen estado correctamente cuantificadas por las Partes, atendida la magnitud de los riesgos detectados, resulta altamente improbable que hubiesen sido suficientes para contrapesar la reducción sustancial a la competencia⁵⁶⁹.

b) Eficiencias dinámicas

425. Las eficiencias dinámicas presentadas se relacionan con el aumento de las posibilidades de incorporar nuevos servicios por parte de la entidad resultante de la Operación, consistentes en una UTI neonatal, una UTI adulto, una [112*] y potenciar el área de neurocirugía⁵⁷⁰.

426. El Informe de Eficiencias argumenta que la implementación de estas unidades sería inherente a la Operación, por cuanto, en un escenario en que las Clínicas compitieran, la demanda de cada una de ellas sería insuficiente para financiar los gastos e inversiones asociados con la implementación y funcionamiento de las respectivas unidades⁵⁷¹. En relación con lo anterior, se señala como ejemplo la situación de Clínica Iquique, que transformó sus unidades de cuidados intensivos en unidades de tratamientos intermedios (con menor dotación y menores costos), en septiembre de 2017, lo que, de acuerdo al Informe de Eficiencias, reflejaría que la demanda por estos servicios no era suficiente para rentabilizar su funcionamiento⁵⁷².

⁵⁶⁸ Véase Sección IV, Tablas 12 y 15 del presente Informe.

⁵⁶⁹ En efecto, para beneficiarios de Isapre, de acuerdo al análisis presentado en la Sección IV de este Informe, la Operación requeriría generar eficiencias de entre 45%–70% para Clínica Tarapacá y de entre 40%-60% para Clínica Iquique para contrapesar los riesgos en prestaciones hospitalarias (véase Tabla 12). Con respecto a beneficiarios de Fonasa, la Operación requeriría generar eficiencias de entre 15%–30% para Clínica Tarapacá y de entre 10%–25% para Clínica Iquique, para contrapesar los riesgos en prestaciones hospitalarias de día cama. Dicho análisis se realizó incorporando el efecto de la inauguración de la Unidad de Pensionado, a partir de las estimaciones de las Partes, que a juicio de esta División, sobreestiman considerablemente su participación futura en el mercado. Véase Tabla 18 y Sección IV.A.2 del presente Informe.

⁵⁷⁰ Véase Informe de Eficiencias, página 21.

⁵⁷¹ Es pertinente señalar que, con posterioridad a la presentación del Informe de Eficiencias, en el Téngase Presente Red Interclínica II, la Compradora señala que en la literatura es “meridianamente indiscutido que un número inferior a 100 camas no permite alcanzar economías de escala suficientes como para aumentar la resolutivez”. Al respecto, como se señaló supra, la literatura económica que evalúa funciones de costos no busca realizar inferencias que apliquen en cualquier contexto, sino que, por el contrario, dado lo complejo que resultan los servicios ofrecidos (que involucran distintos niveles de calidad de las prestaciones) y los diversos marcos regulatorios aplicables, su foco es explicar cómo se enfrentaron dichas dificultades.

⁵⁷² Informe de Eficiencias, pág. 21. Es pertinente señalar que, de acuerdo a un documento interno de Red Salud, la demanda potencial de la Región de Tarapacá [113]. Respuesta de Red Salud a Oficio Ord. N°1799, a fojas 1398 del Expediente F178, en archivo Power Point denominado “DIRECTORIO RED SALUD 20 OCT 17 Clínicas Regionales”, diapositiva 23. Asimismo, la presentación al directorio de Red Salud del 30 de mayo de 2017 realiza un diagnóstico respecto a la unidad de urgencias (a partir de la cual se derivan principalmente los pacientes para las unidades de paciente crítico adulto, según la evaluación realizada por Red Interclínica), destacando como las principales dificultades, [114], lo que en conjunto con una oferta atractiva del sistema público habría debilitado la unidad de urgencias. Complemento de la Notificación, archivo Power Point

427. Previo a evaluar la metodología y supuestos descritos en el Informe de Eficiencias, es pertinente señalar que el análisis de Red Interclínica, proyectando el perfeccionamiento de la Operación, da cuenta de que la implementación de la unidad de **[115]** generaría pérdidas, por lo que, de acuerdo a los antecedentes acompañados, no sería rentable realizar las inversiones propuestas en dicha unidad⁵⁷³. Lo anterior se contradice con lo referido en el Informe de Eficiencias que la incluye dentro del proceso de complejización que se realizaría una vez perfeccionada la Operación⁵⁷⁴.
428. Es pertinente señalar que mediante Téngase Presente Red Interclínica VI, la Compradora reconoce que dicha unidad no sería rentable, motivo por el cual “modificó su plan de expansión y ahora contempla una unidad de hemodinamia”⁵⁷⁵.
429. En un sentido similar, para el área de **[116]**, se muestran beneficios positivos en los escenarios con y sin Operación, por lo que no resulta evidente que las inversiones referidas a esta unidad no se realizarían en ausencia de la Operación. Por ende, a partir de los antecedentes aportados no resulta posible afirmar que se trate de una eficiencia inherente a la Operación⁵⁷⁶.
430. Para explicar las conclusiones señaladas, en la siguiente tabla se presentan los márgenes anuales, el número de pacientes, la inversión requerida y los costos fijos de cada nuevo servicio proyectado, considerando el escenario en que Clínica Tarapacá solo atiende la demanda derivada desde sus otras unidades (escenario

“F. Presentación Sesión Ordinaria de directorio Clínica Iquique 30 de mayo de 2017”, diapositivas 30 y 31, a fojas 243 del Expediente F178.

⁵⁷³ Véase archivo Excel denominado “Plan de Complejización.xlsx” acompañado en la carpeta Anexo-Punto N°1 de la respuesta de Red Interclínica al Oficio Ord. N°1683, a fojas 1283 del Expediente F178.

⁵⁷⁴ A mayor abundamiento, como se verá en la Sección VIII del presente Informe, dicha unidad no fue comprometida como medida de mitigación.

Es pertinente señalar que, el hecho de que una inversión sea comprometida como medida de mitigación, no convierte a dichas inversiones en eficiencias dinámicas, las cuales consisten en un beneficio que se alcanza a partir de una operación de concentración, derivado de un ahorro o cambio de circunstancias que viabiliza dichas inversiones. Por lo tanto, si bien Red Interclínica ofreció algunas de las eficiencias dinámicas esgrimidas como medidas de mitigación, ello no obsta al análisis de verificabilidad en cuanto a eficiencia dinámica, por cuanto, el hecho que sea comprometida como medida, no asegura que las inversiones son producto de sinergias generadas a raíz de la Operación.

⁵⁷⁵ Téngase Presente Red Interclínica VI, pág. 4. Es pertinente señalar que en el escrito Red Interclínica menciona la unidad de UTI adulto, pero esta División entiende, dado el contexto, que no se refiere a dicha unidad sino a la de **[117]**.

⁵⁷⁶ En relación con esto, el Téngase Presente Red Interclínica VI en su pág. 4 señala que “(...) la Minuta de Eficiencias sostiene que la unidad de **[109*]** podría igualmente ser rentable sin la operación, sin embargo, dicha conclusión adolece de un error, pues, una cosa es que los resultados de la operación de dicha unidad puedan ser –levemente– positivos, y otra muy distinta es que sea rentable realizar la inversión y asumir ese riesgo, el que no es soportado por gran parte de las clínicas privadas que ofrecen servicios en regiones distintas a la Metropolitana”.

Al respecto, la observación de Red Interclínica no es correcta, toda vez que la Minuta de Eficiencias FNE, en su párrafo 42 contenía el mismo texto de este párrafo. A mayor abundamiento, un beneficio positivo en el escenario con Operación, por sí solo, no permite asegurar que las inversiones se realizarían, máxime si dichos beneficios positivos también se presentan en un escenario sin Operación. En efecto, para que las eficiencias esgrimidas puedan ser consideradas por esta División, las Partes deberían presentar elementos de convicción que justifiquen los incentivos financieros de Red Interclínica para llevar adelante tales inversiones. Esta falencia, hace que, en general, la metodología propuesta no permita evaluar adecuadamente si los resultados de las estimaciones presentadas implicarían un cambio en la disposición a invertir por parte de dicha entidad. Esto fue comunicado a las Partes en la Minuta de Eficiencias FNE presentada por esta División, que consta a fojas 1435 del Expediente F178.

sin Operación), y el caso en que la entidad fusionada captura la demanda de ambas Clínicas (escenario con Operación), de acuerdo al análisis descrito en el Informe de Eficiencias⁵⁷⁷⁻⁵⁷⁸:

Tabla 21
Antecedentes evaluación de proyecto unidades de paciente crítico [118]

Unidad	Resultado anual proyectado (MM CLP\$)		N° de pacientes anual proyectado		Inversión (MM CLP\$)	Costos Fijos (% ingresos sin Op.)
	C. Tarapacá	Ambas Clínicas	C. Tarapacá	Ambas Clínicas		
[*]	<0	>0	[0-100]	[0-100]	[*]	[110-120]%
[*]	<0	>0	[100-200]	[200-300]	[*]	[100-110]%
[*]	<0	<0	[0-100]	[0-100] ⁵⁷⁹	[*]	[190-200]%
[*]	>0	>0	[0-100]	[200-300]	[*]	[10-20]%

Fuente: Elaboración propia a partir de "Plan de Complejización.xlsx" aportado por Red Interclínica.

431. Tal y como en el caso de las eficiencias productivas, el análisis realizado por Red Interclínica, depende de un conjunto de supuestos que inciden en los pronósticos elaborados. Dichas estimaciones se realizan respecto de escenarios con Operación y sin ésta. Así, en esta sección se evalúa: (i) si los supuestos utilizados resultan verosímiles; (ii) si la comparación entre los beneficios derivados del escenario con Operación respecto de un escenario contrafactual resulta adecuada; y (iii) si las inversiones propuestas resultarían probables, a partir de la información proporcionada⁵⁸⁰.

432. Con respecto a la valoración de los supuestos empleados para el análisis, cabe señalar una serie de aspectos que podrían afectar su verosimilitud. Dado que el ejercicio consiste en proyectar las condiciones del último año con información disponible y las considera constantes para todo el periodo analizado, resulta

⁵⁷⁷ Este ejercicio se realiza en el archivo Excel denominado "Plan de Complejización.xlsx" acompañado en la carpeta Anexo-Punto N°1 de la respuesta al Oficio Ord. N°1683, a fojas 1283 del Expediente F178.

⁵⁷⁸ En relación a la unidad de hemodinamia, Red Interclínica no presentó un estudio que proyectara los flujos esperados del proyecto, sino simplemente una estimación de los ingresos esperados de dicha unidad, los que se acompañan como anexo al Téngase Presente Red Interclínica VI. Así, no existen antecedentes para evaluar la probabilidad de que dicha inversión hubiera sido hecha por la Compradora en el escenario con Operación, ni su diferencia respecto al escenario contrafactual. En cualquier caso, [119].

⁵⁷⁹ Se corrige error de tipeo de la versión pública de la Tabla N°1 del documento titulado "Formulas observaciones al Informe de Eficiencias", acompañado a fojas 1435 del Expediente F178.

⁵⁸⁰ Es pertinente señalar que las eficiencias dinámicas suelen ser de naturaleza más especulativa que las eficiencias productivas. Al respecto, véase Shelanski, H. (2015) Op. Cit.: "(...) las eficiencias dinámicas en general dependen, en parte, de circunstancias que no pueden ser controladas por las partes que proyectan fusionarse, y es más probable que sean alcanzadas en el futuro lejano. En consecuencia, es más probable que las eficiencias dinámicas sean más especulativas que los ahorros en costos." Traducción libre. En el original: "(...) the realization of dynamic efficiencies often depends in part on events out of the control of the merging parties, and likely to be achieved further into the future. Therefore, dynamic efficiencies are likely to be more speculative than cost savings". En relación con lo anterior, Red Interclínica señala que el análisis propuesto corresponde a una exigencia de cuantificación de las eficiencias dinámicas, en aspectos que deben ser analizados cualitativamente para este tipo de eficiencias (Téngase Presente Red Interclínica VI, pág. 5). Al respecto, cabe señalar que en este caso particular las eficiencias dinámicas consisten en la realización de inversiones específicas, que las Partes argumentan probables en un escenario post Operación. Así, la existencia de una evaluación interna de la Compradora respecto a la rentabilidad de dichos proyectos en el escenario post Operación, es un elemento que sustenta razonablemente la verosimilitud de dichas inversiones. En efecto, si las Partes no pueden mostrar que dichas inversiones serían rentables en un escenario post Operación, según supuestos razonables, es difícil considerarlas probables. Lo anterior no es una exigencia de cuantificación de eficiencias dinámicas, para compararlas con riesgos de la Operación, sino la evaluación de elementos que apoyen la plausibilidad e inherencia de las inversiones esgrimidas.

evidente que las evaluaciones que fundamentan las eficiencias dinámicas no consideran: (i) los efectos de la expansión de la infraestructura de Clínica Tarapacá (lo que implica la implementación de [*] camas, [*] pabellones, [*] box de urgencias y [*] tomas de muestra adicionales **[120]**⁵⁸¹); (ii) antecedentes socio económicos de la Región de Tarapacá como el aumento de la población⁵⁸² y el ingreso per cápita; ni (iii) otros elemento que pudiesen afectar las proyecciones respecto a los beneficios de las inversiones.

433. En efecto, la aproximación utilizada es poco precisa, toda vez que se proyectan sin variación los datos del año 2018 hasta el año 2030, manteniéndose constantes en la proyección ciertos parámetros que a todas luces tienen variación a través del tiempo, tales como la demanda por cada uno de los servicios, los valores de las prestaciones, el tiempo promedio de estadía de los pacientes en las respectivas unidades, el margen por medicamentos e insumos y los gastos generales indirectos. De esta manera, todos los flujos estimados del proyecto resultan idénticos para cada año, comparándose, en definitiva, escenarios basados en los resultados del año 2018. Tales resultados dependen en cada caso de un único indicador que representa la fuente de derivación de pacientes para las distintas unidades y que sirve para proyectar la demanda⁵⁸³.

434. Lo anterior, también afecta la pertinencia de la comparación entre los beneficios derivados del escenario con y sin Operación dado que la misma depende, en lo esencial, de tres supuestos: (i) en el escenario sin Operación, Clínica Tarapacá no captaría ningún paciente derivado desde Clínica Iquique, en ninguna de sus nuevas unidades; (ii) la construcción de la nueva torre de Clínica Tarapacá, mantendría inalterada la demanda de esta clínica; (iii) la cantidad de atenciones de las demás unidades, no sufrirían modificaciones si es que la clínica se complejiza (no existe efecto *spillover*).

435. En relación con el primer supuesto, esta Fiscalía consultó a Red Interclínica, mediante el Oficio Ord. N°1683, de fecha 9 de agosto de 2019, las razones por las cuales cada una de las Clínicas, prescindiendo de la Operación, habría estado impedida de captar la totalidad de la demanda del mercado para las nuevas unidades de cuidados críticos. Lo anterior, en circunstancias que dichos servicios no son ofrecidos por ninguna de éstas y, por lo tanto, podría esperarse que la totalidad de la demanda fuera capturada por la clínica que los ofreciera, al no enfrentar competencia.

⁵⁸¹ Respuesta de Red Interclínica a Oficio Ord. N°0663, a fojas 410 del Expediente F178. Lo anterior implica un aumento de pacientes anuales de las unidades de urgencia de [*] pacientes, que corresponde a un [*]% de la demanda que tendría Clínica Tarapacá por los servicios de urgencia sin Operación **[121]**.

⁵⁸² La tasa anual de crecimiento de la población entre los períodos intercensales (2002-2017), fue de 2,35%, cifra muy superior a la tasa nacional, la que fue de 1,06%. Región de Tarapacá. Plan Regional de Gobierno para el período 2019–2022, disponible en: <https://cdn.digital.gob.cl/filer_public/8a/0e/8a0e73ff-bb1b-4477-9e1b-65ca3d190a96/2_tarapaca-f.pdf> [última visita: 06.12.2019].

⁵⁸³ Para los servicios de UTI neonatal, los partos en cada clínica y, para las demás unidades, el número de pacientes de urgencia atendidos. El uso de tales indicadores y los porcentajes de derivación que capta cada Clínica no recibe mayor justificación en el Informe de Eficiencias, respecto a su idoneidad.

436. A este respecto, Red Interclínica señaló que, en ausencia de la Operación, Clínica Tarapacá no sería capaz de captar la totalidad de la demanda por pacientes críticos, ya que parte de los pacientes que podrían ser derivados desde Clínica Iquique, se irían hacia el Hospital de Iquique. Conforme consta en la Investigación, “Clínica Tarapacá no es capaz de captar la totalidad de la demanda de servicios críticos porque, respecto de todos ellos la demanda es derivada, esto es, direccionada por los médicos tratantes. Al ser así, es dable a esperar que, de la demanda captada por Clínica Iquique un porcentaje sea derivada a los servicios especializados del Hospital de Iquique, otro porcentaje **[122]** y solo una parte sea derivada a los servicios de Clínica Tarapacá”⁵⁸⁴.
437. Adicionalmente, el comportamiento de derivaciones cuando Clínica Iquique contaba con una unidad de cuidados intensivos, sería consistente con esta idea⁵⁸⁵**[123]**.
438. En definitiva, de acuerdo a la respuesta aportada por Red Interclínica, la inherencia de esta eficiencia dinámica, dependería de la demanda de pacientes críticos que, en un escenario sin Operación probablemente sería desviada al Hospital de Iquique o retenida –asumiendo riesgos para los pacientes– por parte de la competencia.
439. Es pertinente señalar que uno de los criterios para evaluar la inherencia, es que las eficiencias no puedan ser conseguidas razonablemente mediante estrategias menos lesivas para la competencia. Así, parece plausible recurrir a la firma de convenios entre las Clínicas para derivarse mutuamente demanda respecto de aquellos servicios que posea únicamente una de ellas, de modo de viabilizar en cada una la implementación de nuevas unidades⁵⁸⁶, posibilidad que incluso está contemplada en la regulación sectorial⁵⁸⁷⁻⁵⁸⁸.
440. A mayor abundamiento, los restantes supuestos utilizados en el Informe de Eficiencias (es decir, que la demanda se mantenga inalterada sin perjuicio de la ampliación de Clínica Tarapacá y de la eventual complejización de la misma), no resultarían del todo razonables ni robustos. Dicha falencia en la evaluación, dada la relevancia de tales supuestos, podría llevar a un resultado diverso al presentado, como es, por ejemplo, que aun en ausencia de la Operación, las unidades analizadas fueran rentables.

⁵⁸⁴ Respuesta de Red Interclínica a Oficio Ord. N°1683, a fojas 1277 del Expediente F178.

⁵⁸⁵ Respuesta de Red Interclínica a Oficio Ord. N°1683, a fojas 1277 del Expediente F178.

⁵⁸⁶ Tales convenios deben ajustarse a la normativa de libre competencia para evitar el traspaso de información entre competidores y cualquier otra conducta que pueda impedir, restringir, entorpecer la libre competencia o que tienda a producir dichos efectos conforme el artículo 3 del DL 211. En cualquier caso, medido en efectos, el peor escenario competitivo es aquel que generaría la Operación.

⁵⁸⁷ Por ejemplo, el Reglamento de Hospitales y Clínicas, aprobado por Decreto N°161 de 1982 del Ministerio de Salud, en su artículo 38 señala: “Estos establecimientos [*de gineco-obstétrica*] deberán contar con un sistema técnico para la atención de los recién nacidos de alto riesgo, sea como unidad propia o mediante convenios con otros establecimientos que dispongan de unidades de neonatología, en los que deberá prestarse la forma como se efectuará el traslado seguro de los recién nacidos”.

⁵⁸⁸ En relación con lo anterior, las inversiones requeridas para la implementación de las unidades representan costos relativamente bajos de inversiones en comparación con los ingresos de las Clínicas, que incluyen gastos marginales de remodelación, adquisición de equipos y reorganización y contratación de personal adicional (Véase archivo Excel denominado “Plan de Complejización.xlsx” acompañado en la carpeta Anexo-Punto N°1 de la respuesta al Oficio Ord. N°1683, a fojas 1283 del Expediente F178).

441. En la siguiente tabla se presenta el número de pacientes mínimo en que tendría que aumentar la demanda de Clínica Tarapacá para financiar el proyecto de inversión de cada unidad⁵⁸⁹, en relación con la demanda que actualmente tiene la misma.

Tabla 22
Número mínimo de pacientes que deberían ser derivados para financiar inversiones de las nuevas unidades [124]

Unidad	Aumento de demanda mínimo	
	N° de pacientes anual	% de pacientes respecto de la demanda proyectada actual
[*]	[0-100]	[60-70]%
[*]	[0-100]	[40-50]%
[*]	[0-100]	[50-60]%

Fuente: Elaboración propia a partir del documento "Plan de Complejización.xlsx" aportado por Red Interclínica.

442. Como se observa, siguiendo los supuestos y metodología propuesta en el Informe de Eficiencias, en ausencia de la Operación, las Unidades [*], [*] y [*] [125] podrían ser rentables para Clínica Tarapacá en la medida que aumentara la demanda de servicios de dicha Clínica en las cantidades señaladas en la Tabla 22. Sin embargo, la plausibilidad y la magnitud del incremento de la demanda en el escenario sin Operación no ha sido acreditada por las Partes en la Investigación.

443. Por último, respecto a si las inversiones propuestas resultarían probables, dado el análisis descrito, la información proporcionada no establece un criterio claro respecto a la tasa de retorno exigido a los proyectos de Red Interclínica, ni ningún otro criterio de priorización de inversiones, o compromisos de implementación de las unidades, que permitan estimar si los resultados presentados (resumidos en la Tabla 21) significan un aumento en la probabilidad de que se realicen las inversiones una vez perfeccionada la Operación.

444. Así, si bien dichas inversiones podrían ser razonables, la metodología presentada no asegura la implementación de estas nuevas unidades en un escenario post Operación, ni que las mismas no serían implementadas en un escenario contrafactual atendida la intensidad competitiva actual, y el aumento de la demanda que se deriva de la ampliación de Clínica Tarapacá, proyecto independiente de la Operación. En este sentido, las eficiencias presentadas resultan especulativas, no habiéndose demostrado adecuadamente el cambio de incentivo a implementarlas, generado a raíz de la Operación. Sin perjuicio de lo anterior, algunas de estas inversiones fueron comprometidas por Red Interclínica como medidas de mitigación, como se analizará en la Sección VIII *infra*.

VI.C. Conclusiones al análisis del Informe de Eficiencias

445. En atención al análisis descrito y a los antecedentes tenidos a la vista, esta División considera que las eficiencias productivas presentadas no podrían ser consideradas

⁵⁸⁹ Suponiendo una tasa de descuento anual de [*]% y flujos constantes a perpetuidad [126]. De acuerdo al archivo Excel "Planificación Financiera CT y Cl.v.6 (Cambio de inicio operación)" se utilizan tasas de descuento anual en torno a este valor ([*]) [127].

como un contrapeso suficiente ante los riesgos que la Operación generaría, por cuanto:

- a. No cumplen el estándar de **verificabilidad**. La metodología utilizada para cuantificar las eficiencias se basa en una simulación de los flujos financieros de la Clínica Tarapacá que utiliza supuestos respecto de los cuales no se aportan antecedentes para evaluar su probabilidad de ocurrencia.
- b. No se cumple el estándar de **inherencia**. La metodología empleada no aísla apropiadamente expansiones de la demanda que se deben a factores independientes de la Operación, y compara los escenarios pre y post Operación, considerando una distinta cartera de prestaciones.
- c. No permite **compensar el mayor poder de mercado**. Algunos de los supuestos utilizados en el análisis, y que inciden directamente en la cuantificación de los ahorros presentados, están relacionados con el uso de este mayor poder de mercado. Asimismo, se presentan ahorros en ítems de gasto correspondientes a costos fijos (GAV), los que no serían traspasables a los usuarios.
- d. Aun cumpliendo los requisitos de inherencia y verificabilidad, los ahorros invocados que no implican la explotación del mayor poder de mercado adquirido producto de la Operación, **no resultan suficientes para compensar los riesgos derivados de la Operación**.

446. Respecto a las eficiencias dinámicas, su procedencia resulta cuestionable dado que omiten elementos relevantes en la estimación de la demanda post Operación y no compara adecuadamente el escenario con y sin Operación. Adicionalmente, la metodología no permite evaluar de manera adecuada si los resultados de las estimaciones presentadas implicarían un cambio en la disposición a invertir por parte de los directores de dicha entidad, o si las mismas constituyen meras declaraciones de intenciones. De esta forma las eficiencias dinámicas no serían verosímiles ni inherentes, por cuanto, es razonable que éstas puedan ser alcanzadas por vías menos restrictivas para la competencia.

447. En consecuencia, las eficiencias presentadas por Red Interclínica no cumplirían los estándares de la Guía para operar como un contrapeso de los riesgos generados producto de la Operación.

VIII. MEDIDAS DE MITIGACIÓN

448. En razón de los riesgos a la competencia comunicados por esta División, Red Interclínica ofreció medidas de mitigación que estimaba aptas para mitigar los riesgos de la Operación, en conformidad con el artículo 53 del DL 211. Lo anterior inició un diálogo entre Red Interclínica y la División de Fusiones, con objeto de otorgar una orientación atendida la entidad de los riesgos de la Operación⁵⁹⁰.

⁵⁹⁰ Guía de Remedios, pág. 7.

449. En efecto, el Primer Paquete de Medidas consistió principalmente en: (i) la fijación de precios máximos, sujetos a plazos acotados para prestaciones hospitalarias (tres años) y ambulatorias (un año); (ii) la obligación de lograr la acreditación de calidad mediante el sistema nacional de acreditación de salud, cuya vigencia se encontraba sujeta a una entrada; (iii) un plan de complejización, bajo diversas condiciones de vigencia; (iv) congelamiento de oferta y medidas relativas a la oferta de prestaciones de salud; y (v) un plan de autorregulación y supervisor de cumplimiento.
450. Con fecha 17 de octubre de 2019, esta División comunicó a Red Interclínica su análisis respecto de la insuficiencia del Primer Paquete de Medidas⁵⁹¹ señalando que dichas medidas serían inapropiadas para mitigar los riesgos de la Operación⁵⁹². Aun considerando tales problemas de fondo, en tal oportunidad se presentaron observaciones pormenorizadas –bajo el título “Comentarios Adicionales”– que darían cuenta en detalle de los problemas de diseño de cada una de las medidas⁵⁹³.
451. Luego, con fecha 23 de octubre, Red Interclínica presentó modificaciones al primer paquete de medidas, que consistieron en cambios respecto a las condiciones de vigencia de las medidas ofrecidas⁵⁹⁴⁻⁵⁹⁵. Con fecha 30 de octubre de 2019, la División reiteró a la Compradora los comentarios de fondo respecto a la falta de aptitud de las medidas modificadas para mitigar los riesgos⁵⁹⁶.
452. Con posterioridad, con fecha 6 de noviembre de 2019, Red Interclínica presentó el Segundo Paquete de Medidas⁵⁹⁷, el cual no contempló modificaciones sustantivas al Primer Paquete de Medidas, al seguir ofreciendo Red Interclínica medidas de carácter conductual. Con todo, el 27 de noviembre de 2019, esta División formuló observaciones, reiterando los reparos de fondo respecto a la falta de efectividad e

⁵⁹¹ Según consta a fojas 1489 del Expediente F178.

⁵⁹² Como se expondrá, en este caso la fijación de precios máximos no sería una medida efectiva ni idónea atendidas las características del mercado y los riesgos de la Operación. Adicionalmente, implicarían distorsiones al mercado y presentarían graves problemas de *enforcement*. Las conclusiones específicas de la reunión entre esta División y Red Interclínica constan a fojas 1490 del Expediente F178.

⁵⁹³ Véase fojas 1502 y siguientes del Expediente F178.

⁵⁹⁴ El Primer Paquete de Medidas señalaba que se mantendrían vigentes hasta que ingresara a la Región de Tarapacá un prestador institucional privado de atención cerrada de alta o mediana complejidad. Dicha condición de vigencia era alternativa al plazo de 3 años de las diversas medidas, salvo en lo relativo al compromiso de acreditación de calidad, respecto al cual no se estableció plazo. Por su parte, la modificación señala que “la medida perderá vigencia si en la Región de Tarapacá comienza a operar un nuevo prestador institucional privado de salud de atención cerrada que preste servicios hospitalarios y que cuente con una capacidad de 20 camas y dos pabellones.” Vale decir, a diferencia de la anterior presentación de medidas, no se requiere que el nuevo prestador esté acreditado, al eliminar la referencia a su nivel de complejidad –alta o mediana– y se incorpora una condición relativa a la capacidad (medido en camas y pabellones) del nuevo prestador. Véase modificación al Primer Paquete de Medidas, a fojas 1507 del Expediente F178.

⁵⁹⁵ Adicionalmente, con objeto de atender una solicitud realizada por la Compradora, esta División se reunió con Red Interclínica el 29 de octubre de 2019, para evaluar posibles medidas de mitigación a los riesgos en el marco de la Investigación, conforme consta a fojas 1515 del Expediente F178.

⁵⁹⁶ Véase fojas 1517 y siguientes del Expediente F178.

⁵⁹⁷ En virtud del cual ofreció: (i) mantener la medida de fijación de precios máximos que se encontraría vigente por un plazo de cinco años para prestaciones hospitalarias, o de un año para ambulatorias, o hasta que ocurriera una entrada de un prestador de 20 camas y dos pabellones; incorporando como benchmark un ratio entre el promedio actual de precios de Clínica Iquique y Clínica Tarapacá, y los precios de Clínica Cordillera (perteneciente al grupo de Red Interclínica); (ii) mantener la medida de congelamiento de oferta y medidas relativas a la oferta de prestaciones de salud; (iii) mantener la obligación de acreditarse mediante el sistema nacional de acreditación; (iv) mantener la implementación de un plan de complejización para ofrecer nuevos servicios, cambiando algunas condiciones de vigencia; (v) accesoriamente, implementar un plan de autorregulación y supervisor de cumplimiento.

idoneidad del Segundo Paquete de Medidas para mitigar los riesgos de la Operación⁵⁹⁸.

453. Por último, con fecha 28 de noviembre de 2019, Red Interclínica realizó la última presentación, correspondiente a las Medidas⁵⁹⁹. Las observaciones de esta División fueron enviadas a los apoderados de Red Interclínica con fecha 4 de diciembre de 2019⁶⁰⁰. El contenido de las Medidas y de los comentarios de esta División se describen en lo sucesivo.

454. Las Medidas que la Compradora ofrece para cada riesgo informado son de carácter conductual, mayoritariamente de regulación del poder de mercado⁶⁰¹, señalando que no se ofrecen remedios de desinversión, ya que se oponen a la naturaleza de la Operación⁶⁰².

455. Las Medidas, en términos generales, contienen los siguientes compromisos⁶⁰³: (i) fijación de precios máximos (*price-cap*) durante diez años para prestaciones hospitalarias programadas, o hasta que ocurra una entrada, y durante un año para prestaciones ambulatorias, fijando como *benchmark*, para la mayoría de los casos, un ratio entre el promedio actual de los precios de las Clínicas y los precios de Clínica Cordillera, o los precios de Clínica Cordillera, parte de Red Interclínica; (ii) congelamiento de oferta y otras medidas relativas a asegurar la oferta de prestaciones de salud; (iii) obligación de acreditación de calidad mediante el sistema nacional de acreditación de salud, hasta que ocurra una entrada; (iv) implementar un plan de complejización para ofrecer nuevos servicios hospitalarios; y (v) accesoriamente, la preparación de un plan de autorregulación y la designación de un supervisor de cumplimiento.

VII.A. Consideraciones previas

⁵⁹⁸ Según consta a fojas 1623 del Expediente F178, esta División se reunió con los apoderados de las Partes y adicionalmente entregó un escrito que detalla sus observaciones al Segundo Paquete de Medidas.

⁵⁹⁹ Según consta a fojas 1637 y 1657 del Expediente F178.

⁶⁰⁰ Según consta a fojas 1693 del Expediente F178.

⁶⁰¹ La Guía de Remedios del año 2017 de la Fiscalía establece una diferencia entre medidas estructurales —es decir, aquéllas que apuntan a modificar la estructura de los mercados afectados de modo de revertir los efectos a la competencia—, de las medidas conductuales, aquéllas que se refieren a ciertos compromisos de actuación de la entidad resultante de la Operación. Dentro de las medidas conductuales pueden diferenciarse cinco grandes grupos: (i) medidas cuasiestructurales que intentan incidir en la estructura del mercado afectado por una operación de concentración (por ejemplo, obligaciones de acceso y licenciamiento); (ii) medidas conductuales propiamente tales (por ejemplo, prohibición de celebrar contratos que contengan exclusividades, descuentos condicionales, ventas atadas, empaquetamientos o discriminaciones arbitrarias); (iii) obligaciones de no traspaso de información al interior de los agentes económicos que se concentran y sus filiales; (iv) remedios que promueven la regulación del poder de mercado; y (v) obligaciones conductuales en relación con el comprador del paquete de desinversión. Ejemplos de medidas de regulación de poder de mercado son las fijaciones de precios o regulaciones de calidad.

⁶⁰² Véase la carta conductora en que acompaña la primera presentación de medidas, a fojas 1465 del Expediente F178: “Hacemos presente que no se ofrecen remedios de desinversión, toda vez que se oponen a la naturaleza de la operación notificada. En efecto, es precisamente la utilización de los activos de la Clínica Iquique lo que hará posible complejizar y aumentar la resolutivez de la entidad resultante (...)”. Es pertinente señalar al respecto que, conforme se describió en la Sección VII, las nuevas unidades e inversiones propuestas como eficiencias dinámicas resultaban improbables.

⁶⁰³ Para un análisis de los compromisos en su totalidad, véase las Medidas, a fojas 1523 del Expediente F178.

456. En cuanto a los criterios de análisis utilizados por esta FNE, la Guía de Remedios del año 2017 de la FNE (“**Guía de Remedios**”) se refiere a las condiciones básicas que deben exhibir las medidas de mitigación ofrecidas por las partes de una operación de concentración. Éstas deben ser⁶⁰⁴: (i) efectivas e idóneas para impedir, con un grado suficiente de certeza, que la operación genere una reducción sustancial de la competencia⁶⁰⁵, durante todo el período esperado de duración de los riesgos⁶⁰⁶; (ii) factibles de implementar, ejecutar y monitorear; y (iii) proporcionales al problema de competencia.
457. Si bien las medidas requieren de un diseño específico para mitigar los riesgos particulares que genera cada operación de concentración, y el análisis de efectividad, factibilidad y proporcionalidad debe efectuarse caso a caso⁶⁰⁷, la Guía de Remedios reconoce que los compromisos más adecuados para mitigar riesgos derivados de operaciones horizontales son las medidas de desinversión. Esto gracias a la efectividad de estas últimas, y a que buscan reestablecer la presión competitiva perdida, a través de la enajenación de parte de los activos, para permitir la aparición de una nueva entidad en el mercado⁶⁰⁸, y a su factibilidad, ya que no requieren de monitoreo, al materializarse de una vez, sin implicar obligaciones sucesivas en el tiempo.
458. Por otra parte, por regla general las medidas conductuales no resultan las más idóneas para mitigar riesgos de carácter horizontal⁶⁰⁹, especialmente cuando dichos riesgos son de una entidad considerable, en mercados que presentan altas barreras a la entrada, como ocurre en el mercado objeto de la Investigación⁶¹⁰.
459. En particular, las medidas conductuales que implican una regulación del poder de mercado de la entidad resultante no son apropiadas, más que de manera transitoria

⁶⁰⁴ Guía de Remedios, párrafos 8-13.

⁶⁰⁵ La Guía de Remedios, al establecer ese estándar, hace referencia a las directrices de otras autoridades de competencia. Por ejemplo, la Comunicación de la Comisión relativa a las soluciones admisibles con arreglo al Reglamento (CE) n°139/2004 del Consejo y al Reglamento (CE) n°802/2004 de la Comisión (“**Guía de Remedios Comisión Europea**”), 2008, párrafo 9, señala: “Los compromisos deberán eliminar enteramente los problemas de competencia y deberán ser completos y efectivos desde todos los puntos de vista”. En la misma línea, DOJ en su Antitrust Division Policy Guide to Merger Remedies, 2011, (“**Guía de Remedios DOJ**”) indica: “restaurar la competencia es la ‘clave para todo el sistema de medidas de mitigación’. Cuando un remedio que efectivamente preservaría la competencia no está disponible, la División buscará bloquear la fusión”. Traducción libre. En original: “restoring competition is the ‘key to the whole question of an antitrust remedy’. Where a remedy that would effectively preserve competition is unavailable, the Division will seek to block the merger.” La Guía de Remedios también hace referencia a la *Commission, Merger Remedies: Competition Commission Guidelines* 2008 de la CMA (“**Guía de Remedios CMA**”) y a la *Guidance on Remedies in Merger Control* 2017 de la *Bundeskartellamt*.

⁶⁰⁶ En la misma línea, la FNE “no aceptará remedios transitorios salvo que estime que los efectos anticompetitivos no le sobrevivirán.” Guía de Remedios, párrafo 9.

⁶⁰⁷ En este sentido, la ICN señala como uno de los principios de las medidas de mitigación, que éstas deben ser a la medida del daño (*tailored to harm*). Merger Remedies Guide ICN (2016) (“**Guía de Remedios ICN**”), pág.3.

⁶⁰⁸ Véase Guía de Remedios, párrafo 32, 35.

⁶⁰⁹ Sin perjuicio de ello, existen casos en que los riesgos detectados no requieren, por su naturaleza y entidad, y en atención a la condición de proporcionalidad de las medidas, de una medida estructural, por lo que las medidas de comportamiento resultan ser más efectivas ya que resuelven de mejor forma los riesgos de una operación. En virtud de lo anterior, la FNE en algunos casos ha aceptado medidas conductuales, por considerar que son las que mejor resuelven los eventuales daños a la competencia que una operación de concentración en específico podría generar.

⁶¹⁰ Véase Sección VI del presente Informe.

y en forma muy excepcional, para mitigar riesgos derivados de una operación de concentración entre competidores directos. Lo anterior, en atención a que los remedios de comportamiento no restauran la estructura competitiva previa a la operación de concentración, sino que reemplazan las fuerzas competitivas por una regulación que, idealmente, emularía el equilibrio competitivo, pero que sólo lo logra en forma imperfecta.

460. Además, dicha regulación presenta el riesgo de introducir distorsiones en el mercado que perjudiquen a los consumidores, al no poder prever ni incorporar los incentivos adecuados en todas las posibles contingencias que involucra el desarrollo normal de los negocios⁶¹¹. Con todo, su implementación y fiscalización implica costos importantes para la autoridad, toda vez que su redacción es en general compleja y detallada, por lo que usualmente ofrece espacios de interpretación por parte de los regulados (o instancias de “cumplimiento creativo”⁶¹²), máxime considerando que se trata de un ofrecimiento de medidas a instancias del sujeto pasivo de las mismas.

461. Lo anterior es consistente con el estándar de las principales agencias de competencia del mundo⁶¹³⁻⁶¹⁴. En este sentido, dichas medidas implican elevados

⁶¹¹ Al respecto, véase la Guía de Remedios, párrafo 85, y Guía de Remedios CMA, párrafo 3.43. Adicionalmente, la literatura económica reconoce que la fijación de medidas conductuales implica la imposición de restricciones externas al mercado que no modifican los incentivos de la firma por maximizar sus beneficios utilizando su poder de mercado, sino que establecen restricciones a su operación. Así, si las medidas no contemplan la totalidad de posibilidades de acción de las empresas, éstas distorsionarán su comportamiento para aprovechar dicho poder, lo que podría en definitiva no impedir perjuicios a los consumidores e incluso, generar distorsiones derivadas de la misma regulación. Para un marco de teórico de análisis de remedios conductuales y estructurales, véase Kwoka, J. (2017) Merger remedies: An incentives/constraints framework, Antitrust Bulletin, y la presentación del año 2019 Remedies and Remedy Policy: An Economic Framework, GCLC Conference, Brussels, disponible en: <https://www.coleurope.eu/system/tdf/uploads/event/gclc_-_j._kwoka_-_31.01.2019.pdf?file=1&type=node&id=47689&force=> [última visita: 06.12.2019].

⁶¹² En el caso de medidas que impliquen regulación del poder de mercado, un desafío que enfrenta la autoridad es que las medidas permitan evitar el “cumplimiento creativo”, vale decir, realizar acciones tendientes a garantizar un cumplimiento formal de la regulación, pero permitiendo a la empresa actuar conforme a sus incentivos. Al respecto, la OECD ha señalado que “[l]as reglas excesivamente técnicas también pueden aumentar el incumplimiento al fomentar la evasión y la adaptación creativa. A medida que aumenta el tecnicismo y la complejidad de la regulación, también lo hace la posibilidad de que los actores menos escrupulosos encuentren reglas específicas de lagunas y participen en un ‘cumplimiento creativo’.” Traducción libre. En original: “Overly technical rules can also increase non-compliance by encouraging evasion and creative adaptation. As the technicality and complexity of regulation increases, so does the possibility for less scrupulous players to find loopholes specific rules and engage in “creative compliance”. Véase OECD (2000) Reducing the risk of policy failure: Challenges for regulatory compliance, disponible en: <<https://www.oecd.org/gov/regulatory-policy/19108333.pdf>> [última visita: 06.12.2019].

⁶¹³ Véase Guía de Remedios Comisión Europea, párrafo 17: “Los compromisos relativos al comportamiento futuro de la entidad procedente de la concentración pueden ser aceptables sólo excepcionalmente en circunstancias muy concretas. En particular, los compromisos que consisten en no subir los precios, no reducir las gamas de productos o suprimir marcas, etc., no eliminarán por lo general los problemas de competencia derivados de solapamientos horizontales.” Disponible en: <[https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52008XC1022\(01\)&from=EN](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52008XC1022(01)&from=EN)> [última visita: 06.12.2019].

⁶¹⁴ En relación con las operaciones de concentración en mercados similares al analizado, la jurisprudencia extranjera ha prohibido operaciones de concentración en casos de fusiones de hospitales donde se advierten riesgos horizontales, en que las partes han ofrecido medidas conductuales. En ese sentido, véase CMA Royal Bournemouth and Christchurch Hospitals NHS Foundation Trust (2013), disponible en: <<https://www.gov.uk/cma-cases/royal-bournemouth-and-christchurch-hospitals-nhs-foundation-trust-pooler-hospital-nhs-foundation-trust-merger-inquiry-cc>> [última visita: 06.12.2019]; CMA Central Manchester University Hospitals and University Hospital of South Manchester (2017), disponible en: <<https://assets.publishing.service.gov.uk/media/598302ab40f0b61e48000045/final-report.pdf>> [última visita: 06.12.2019]). Sólo en casos excepcionales se han aceptado este tipo de medidas, a modo de ejemplo, véase

costos de diseño, implementación, fiscalización y posibilidades de sanción en casos de incumplimiento (*enforcement*), los cuales se incrementan de manera directamente proporcional al plazo en el que pretendan mantenerse vigentes las restricciones⁶¹⁵, buscando mitigar los efectos, pero no atendiendo a la fuente primaria del riesgo reestableciendo la competencia perdida producto de la concentración⁶¹⁶. En efecto, dado el carácter transitorio que suelen tener las medidas de regulación de poder de mercado –cuando excepcionalmente resultan procedentes– extenderlas por un largo período, resulta inconsistente con las fuerzas del mercado que precisamente la Fiscalía está llamada a promover y defender, y tiende a desnaturalizar sus funciones fiscalizadoras propias como agencia de competencia⁶¹⁷.

462. Sin perjuicio de ello, cabe señalar que en casos particulares, tanto la Fiscalía como el TDLC han aceptado medidas de este tipo. Sin embargo, todos los casos en los cuales se sujetó la aprobación de una operación de concentración con riesgos de carácter horizontal a medidas de regulación de poder de mercado, obedecieron a razones muy específicas: (i) medidas conductuales de carácter transitorio, complementarias a medidas estructurales definitivas⁶¹⁸; (ii) la necesidad de mitigar riesgos acotados en el tiempo, atendidas las condiciones de entrada favorables de los mercados afectados⁶¹⁹, o atendida la expansión o posibilidad de reacomodo actual de algún competidor⁶²⁰.

463. De lo anterior se desprende que la FNE, en general, no aprueba operaciones de concentración horizontales que generan riesgos para la competencia sujetas a

Evanston Northwestern Healthcare Corporation/ Highland Park Hospital (2008). La FTC aprobó la operación con medida conductual relativa a la separación e independencia de negociación con aseguradores de ambos hospitales, dado que ella ya se encontraba materializada.

⁶¹⁵ Guía de Remedios, párrafo 85.

⁶¹⁶ Guía Remedios CMA, párrafo N° 1.8 y CMA. 2013. Royal Bournemouth and Christchurch Hospitals NHS Foundation Trust (2013), sección 9.190 (en cuanto a remedio conductual específico).

⁶¹⁷ En este sentido, la ICN ha señalado que “[l]a fijación de precios implican un nivel de regulación que no es consistente con los principios de competencia. Los remedios están diseñados para restaurar la competencia y no para establecer un marco regulatorio. Dicha regulación es más adecuada para las agencias reguladoras con la autoridad y experiencia para regular y supervisar los precios.” Traducción libre. En original: “Price controls involve a level of regulation that is not consistent with competition principles. Remedies are designed to restore competition and not to establish a regulatory framework. Such regulation is more suited to regulatory agencies with the authority and expertise to regulate and oversee pricing”. Guía de Remedios ICN, Anexo 3. En la misma línea, el FTC y DOJ han indicado: “Una preocupación final fue que el remedio propuesto requeriría que el DOJ y el tribunal dediquen recursos sustanciales durante muchos años para supervisar **un remedio tan complicado y enrevesado que requeriría recursos sin precedentes para supervisarlos**. El DOJ asumiría las responsabilidades más a menudo asociadas con un regulador del sector energético, **una función para la cual una agencia de aplicación de la ley no está bien equipada**.” Traducción libre. En original: “A final concern was that the proposed remedy would require DOJ and the court to devote substantial resources over many years to supervise a remedy so complicated and convoluted that it would require unprecedented resources to oversee it. DOJ would take on responsibilities more often associated with an energy sector regulator, a role for which a law enforcement agency is not well-equipped” OECD (2016) Agency Decision-Making in Merger Cases: From a Prohibition Decision to a Conditional Clearance – Note by the United States, documento preparado para el Ítem 4 de la Reunión N°124 en Cooperación e Implementación. pág. 7.

⁶¹⁸ Medidas impuestas por el TDLC en la Resolución N° 43, relativa a la Adquisición de Supermercados de Sur por parte de SMU (condición segunda). Disponible en: <https://www.fne.gob.cl/wp-content/uploads/2012/12/reso_43_2012.pdf> [última visita: 06.12.2019].

⁶¹⁹ Medidas aceptadas por el TDLC en la Sentencia 166/2018, Recurso de Revisión Especial de Ideal S.A. y otro en contra de la Resolución de la FNE, Rol RRE-1-2018.

⁶²⁰ Medidas que constan en Acuerdo Extrajudicial FNE y Oben Holding Group S.A.C. y otros, párrafo 26. Disponible en: <https://www.fne.gob.cl/wp-content/uploads/2014/11/AE10-14_PRI_LIT_0040.pdf> [última visita: 06.12.2019].

medidas conductuales que persiguen regular directamente el poder de mercado⁶²¹, a menos que éstas se planteen como una solución transitoria a la espera de una solución principal⁶²².

464. Conforme se ha expuesto, el caso en análisis deviene en una situación que proyecta alcanzar un monopolio en las prestaciones de salud privada de atención cerrada en la ciudad de Iquique, escenario que se observa sería de carácter permanente o indeterminado, y en que la concentración de las Partes generaría escasas eficiencias que puedan ser traspasadas a consumidores. De esta manera, para este caso particular, es evidente que resulta improcedente poder mitigar los riesgos de la Operación mediante una medida de regulación particular del poder de mercado que sería alcanzado por las Partes.

465. Con todo, una vez que Red Interclínica ofreció su Primer Paquete de Medidas, que estimó aptos para mitigar los riesgos informados en la Reunión de Riesgos, esta División inició un proceso de diálogo, materializado en reuniones presenciales con las Partes, acompañadas de presentaciones y minutas, mediante las cuales le proveyó de retroalimentación respecto a la suficiencia de las medidas atendidos cada uno de riesgos observados y respecto de cada mercado relevante analizado.

466. Al inicio de dicho proceso, esta División le expuso a Red Interclínica el estándar general de la FNE en cuanto a aceptar medidas de regulación de poder de mercado, así como las dificultades de aceptarlas para esta Operación, atendida la entidad de los riesgos que conllevaría, en los términos señalados *supra*. Todas las sucesivas presentaciones y modificaciones de las Medidas fueron objeto de dicha retroalimentación por parte de esta División⁶²³, aún considerando que Red Interclínica perseveró en el ofrecimiento de medidas que apuntaban a regular el poder de mercado adquirido con ocasión de la Operación. Lo anterior, a modo de poder orientar a las Partes y comunicar en forma transparente la evaluación de esta

⁶²¹ Tales como fijación de niveles máximos de precios, mantención de un portafolio de productos o de un nivel de servicio no inferior al existente antes de la operación. Guía de Remedios, párrafo 83.

⁶²² Así, en casos particulares, la Fiscalía y el TDLC han aceptado medidas de este tipo, en atención a que se trataron de medidas transitorias, complementarias a medidas estructurales definitivas. Véase medidas impuestas por el TDLC en la Resolución N°43, relativa a la Adquisición de Supermercados de Sur por parte de SMU (condición segunda). Disponible en: https://www.fne.gob.cl/wp-content/uploads/2012/12/reso_43_2012.pdf [última visita: 06.12.2019]. En otros casos, se han aceptado este tipo de medidas debido a que los riesgos identificados eran acotados en el tiempo, atendidas las condiciones de entrada favorables de los mercados afectados, o atendida la expansión actual de algún competidor. Véase medidas aceptadas por el TDLC en la Sentencia 166/2018, Recurso de Revisión Especial de Ideal S.A. y otro en contra de la Resolución de la FNE, Rol RRE-1-2018, y medidas que constan en Acuerdo Extrajudicial FNE y Oben Holding Group S.A.C. y otros, párrafo 26. Disponible en: https://www.fne.gob.cl/wp-content/uploads/2014/11/AE10-14_PRI_LIT_0040.pdf [última visita: 06.12.2019].

En este mismo sentido, en la Resolución N°1/2004, Consulta de Liberty Comunicaciones de Chile Uno Ltda., y Cristal Chile Comunicaciones S.A., sobre eventual fusión de Metrópolis Intercom y VTR S.A., Rol NC 2-04, el TDLC tuvo el “convencimiento de que, en el mediano plazo, el dinamismo tecnológico del sector eliminará esa posición dominante en la TV pagada, aumentando la competencia en todo el sector de telecomunicaciones”. Sin embargo, y “precisamente porque en el corto plazo la fusión representa una concentración muy importante en el segmento de la TV pagada, el Tribunal ha decidido imponer condiciones para la fusión, las más determinantes de carácter transitorio”.

⁶²³ Véase Sección I.A. del presente Informe.

División en cuanto a la insuficiencia de las mismas atendidos los riesgos existentes⁶²⁴.

VII.B. Análisis de las Medidas

467.A continuación, se presentan las principales observaciones de esta División con relación a las Medidas.

a) Fijación de precios máximos

468.Con el objeto de mitigar los riesgos de alzas de precios, se ofrece establecer un límite correspondiente a los precios vigentes de Clínica Cordillera (perteneciente a Red Interclínica) o un ratio entre el promedio actual de los precios de las Clínicas y los precios de Clínica Cordillera, en el caso de prestaciones hospitalarias; o un nivel fijo de arancel, en el caso de prestaciones ambulatorias⁶²⁵. Los *cap* de precio se plantean, para las prestaciones hospitalarias, por un plazo de diez años o hasta que se produzca una entrada al mercado⁶²⁶, y en el caso de las ambulatorias, por un plazo de un año.

469.Antes de profundizar en el análisis de los *cap* propuestos y de los aranceles que se han escogido como *benchmark*, es pertinente señalar que la transitoriedad propuesta no es comprensiva del periodo por el cual se extendería el riesgo, que para este caso estaría determinado por una entrada suficiente en el mercado relevante. En efecto, de los antecedentes tenidos a la vista no es posible prever que la estructura de mercado cambie en un determinado plazo ni que los riesgos vayan a desaparecer o a mitigarse con el paso del tiempo. Por el contrario, el mercado de la salud privada en la Región de Tarapacá –e incluso a nivel nacional– se observa con escaso dinamismo, por lo que no se advierten condiciones favorables de

⁶²⁴ En cumplimiento a la finalidad del procedimiento de control de operaciones de concentración, según consta en el mensaje presidencial de la Ley N°20.945 que Perfecciona el Sistema de Defensa de la Libre Competencia. Historia de la Ley N°20.945, pág. 11.

⁶²⁵ Respecto a los servicios de urgencia, Red Interclínica propone un impedimento de la entidad fusionada de discriminar precios entre prestaciones de urgencia hospitalarias y ambulatorias, en el entendido que estas últimas enfrentarían competencia. Al respecto, dicha medida no resulta satisfactoria, por cuanto: (i) aplicaría sólo respecto a aquellas prestaciones de urgencias que pudieran realizarse tanto en contextos hospitalarios como ambulatorios, dejando de lado servicios que solo pudieran ser hospitalarios, como cirugías de urgencia, y (ii) respecto de los servicios que cumplieran dicha condición, la medida distorsionaría el comportamiento de la entidad fusionada en los servicios de urgencia ambulatorios, al incentivar que dicha entidad aumentara los aranceles en este segmento para aprovechar su poder de mercado en el segmento hospitalario, donde enfrenta menor competencia.

En respuesta a estos comentarios, en el escrito de presentación de las Medidas, Red Interclínica argumentó que la baja proporción de urgencias hospitalarias respecto de las ambulatorias que atendía Clínica Tarapacá, no podría generar los incentivos a aumentar los aranceles en estos últimos. Esta División considera que, a pesar de que efectivamente el porcentaje de prestaciones de urgencia que terminen en hospitalización podría ser bajo, existe un conjunto de situaciones respecto de las cuales un paciente no sabe exactamente si la prestación requeriría hospitalización posterior o no. Respecto de dichas prestaciones, los usuarios no consideran que los servicios de urgencia ambulatorios podría ser sustitutos, por lo que la Operación generaría riesgos de alzas de precios que no serían mitigadas con la medida propuesta.

⁶²⁶ En el caso de los convenios y las prestaciones que se realicen a beneficiarios de Isapre, el compromiso pierde vigencia si se produce el ingreso de un prestador institucional privado de salud de atención cerrada que preste servicios hospitalarios y que cuente con una capacidad de 20 camas y dos pabellones. Para el caso de las prestaciones a beneficiarios de Fonasa, la medida perdería vigencia ante la entrada de un prestador de las mismas características, o si la unidad de pensionado del Hospital de Iquique pone a disposición más de 20 camas.

entrada que impliquen que los riesgos detectados se eliminarían con el transcurso del tiempo.

470. De esta forma, resulta altamente probable que la medida planteada esté vigente por la totalidad del periodo de extensión que se ofrece para prestaciones hospitalarias y ambulatorias. Así, en el caso de las prestaciones hospitalarias, las medidas no podrían ser aceptadas dadas las dificultades de diseñar, implementar y fiscalizar una regulación de este tipo, por un período tan extenso, y en consideración a las evidentes distorsiones que podría ocasionar en los mercados.

471. Por otro lado, a nivel nacional y comparado, se ha considerado que las medidas de fijación de precios máximos sólo resultarían apropiadas muy excepcionalmente y por cortos periodos de tiempo, cuando no existen alternativas más eficientes o aplicables, y como mecanismo para facilitar la implementación de remedios estructurales definitivos⁶²⁷⁻⁶²⁸. En este caso, ninguno de dichos elementos se cumple, por cuanto se propone una regulación por un período extenso (diez años para prestaciones hospitalarias), sin que se vislumbre que pasado ese período los riesgos podrían haber desaparecido.

472. En segundo lugar, las medidas de fijación de precios máximos han sido objeto de críticas tanto a nivel doctrinal como jurisprudencial en diversas jurisdicciones⁶²⁹, según ya se expuso. En síntesis, las principales críticas en cuanto a su aplicación van en línea con lo señalado en la Guía de Remedios respecto a que éstas: (i) tienen por objeto controlar el mayor poder de mercado de la entidad fusionada, y no se enfocan en remediar la fuente de la reducción sustancial de la competencia⁶³⁰; (ii) podrían distorsionar el mercado, especialmente si los precios se negocian individualmente y si existen productos diferenciados⁶³¹; (iii) podrían desincentivar la innovación⁶³²; y (iv) son medidas costosas de implementar y de fiscalizar⁶³³.

473. En tercer lugar, respecto al *benchmark* propuesto, y a pesar que dicha medida no resulta aceptable de forma general, no se justificó adecuadamente que los precios de Clínica Cordillera sean un correcto referente de la situación competitiva contrafactual a la Operación⁶³⁴. En efecto, no se evaluó si la trayectoria de los

⁶²⁷ Guía de Remedios CMA, pág. 19, Guía de Remedios ICN, pág.33.

⁶²⁸ En línea con la Guía de Remedios, párrafo 84. En el sistema de libre competencia nacional, la fijación de precios no ha sido, en ningún caso, aceptada como una medida idónea para mitigar riesgos a la competencia, ni siquiera en aquellos casos en que existen riesgos de menor intensidad. Sólo se han aplicado como medidas transitorias, a la espera de una solución definitiva, sea endógena del mercado como una entrada (véase Acuerdo Extrajudicial FNE y Oben Holding Group S.A.C. y otros, y TDLC, Sentencia 166/2018, Recurso de Revisión Especial de Ideal S.A. y otro en contra de la Resolución de la FNE, Rol RRE-1-2018) o exógena como una medida de mitigación de carácter estructural (véase TDLC, Resolución N°43/2012, Consulta de SMU S.A. sobre fusión entre SMU S.A. y Supermercados del Sur S.A., Rol NC 397-11).

⁶²⁹ Es pertinente destacar que la Guía de Remedios DOJ (pág. 12 y siguientes) incluye una lista de medidas conductuales, dentro de las cuales ni siquiera considera la fijación de precios. Motta, Massimo: Una evaluación económica de la fusión eventual Ideal/Nutrabien, pág.47.

⁶³⁰ Guía de Remedios CMA, pág.17, 61; Guía de Remedios ICN, pág. 33; *Bundeskartellamt*. Guidance on remedies in merger control (2017) pág.14.

⁶³¹ Guía de Remedios CMA, pág. 17, 66; Guía de Remedios ICN, pág. 33.

⁶³² Guía de Remedios CMA, pág. 61; Guía de Remedios ICN, pág. 33.

⁶³³ Guía de Remedios CMA, pág.18, 61; Guía de Remedios ICN, pág. 33.

⁶³⁴ Con respecto a las prestaciones ambulatorias para beneficiarios de Isapre, el límite propuesto consiste en el arancel Fonasa nivel 3, aumentado en un 10%. Se intenta justificar dicho *benchmark* señalando

aranceles y precio de convenios tiene alguna correlación entre Clínica Tarapacá y Clínica Cordillera, ni tampoco si Clínica Cordillera ofrece los mismos servicios⁶³⁵ y convenios⁶³⁶ que Clínica Tarapacá, o si existen diferencias respecto a ellos. Tampoco se señala ningún mecanismo para revisar los *cap* propuestos ante cambios en las condiciones de Clínica Cordillera, asociadas a nuevas inversiones en equipamientos, mejoras de calidad o convenios que signifiquen descuentos adicionales a los de las aseguradoras y que podrían afectar la determinación de sus aranceles.

474. En definitiva, tal y como fue expuesto en reiteradas ocasiones por parte de esta División⁶³⁷, las medidas consistentes en fijación de precios máximos, en este caso no resultan efectivas ni idóneas para mitigar los riesgos de aumentos de precio, ni factibles de implementar ni monitorear.

b) Acreditación de calidad

475. Con el objeto de mitigar los riesgos relativos a la disminución de la calidad, Red Interclínica ofreció acogerse voluntariamente al Sistema Nacional de Acreditación de Salud, hasta que comience a operar un nuevo prestador de salud privado de atención cerrada, que cuente con una capacidad de 20 camas y dos pabellones.

476. Red Interclínica considera que dicho compromiso sería suficiente para mitigar los riesgos vinculados a una reducción de la calidad, dado que el proceso de acreditación exige una continua inversión en equipos y mantenimiento, sumado a que los requisitos de dicho proceso serían cada vez más exigentes, y que la acreditación permitiría asegurar los más altos estándares de calidad⁶³⁸.

477. Sin embargo, el análisis de los antecedentes de la Investigación, en particular del alcance del sistema de acreditación enfocado en el resguardo de procesos, permiten concluir que la medida propuesta no sería apta para mitigar los riesgos relativos a la variable calidad descritos en el presente Informe.

que el porcentaje máximo convenido en la actualidad con una Isapre es un [*]% [127*].

Sin embargo, este antecedente no es suficiente para concluir que este valor sería equivalente al contrafactual competitivo.

En relación a los convenios con FFAA y de Orden, mutuales y otras instituciones, y con respecto a las prestaciones paquetizadas acordadas con Isapres, se proponen como *cap* de precios la mantención de las tarifas actuales, reajustados por el Índice de Remuneraciones del Instituto Nacional de Estadísticas, o IRE. Respecto a dichos *caps*, tampoco se justifica por qué estos valores serían equivalentes al contrafactual competitivo.

⁶³⁵ Por ejemplo, en la forma en que se definen las prestaciones, incluyendo un conjunto diferente de prestaciones o si existen diferencias relevantes en los protocolos de atención u otros factores de calidad. Adicionalmente las prestaciones tienen un conjunto de costos que son comunes, por lo que el mix de prestaciones que ofrezca cada una también afecta en sus costos.

⁶³⁶ Respecto a los convenios con el extrasistema, el contexto sanitario de la ciudad de Iquique es diferente al que se observa en Santiago. En Santiago existe una red de atención pública y privada mucho más extensa que implica que probablemente el número de contrataciones directas entre prestadores de la Red Pública de Salud sean mucho más excepcionales que en Iquique, donde el Hospital de Iquique solo tiene dos opciones de derivación y enfrenta niveles altos de saturación, lo que hace que problemas de indisponibilidad de equipos o de pabellones, o servicios complementarios de esterilización de insumos sean mucho más relevantes.

⁶³⁷ Según se expuso, véase Sección I.A. del presente Informe.

⁶³⁸ Escrito de presentación de Medidas, pág. 16, a fojas 1523 del Expediente F178.

478. En primer lugar, dado que la acreditación es un requisito necesario para otorgar prestaciones GES⁶³⁹, es probable que en el escenario post Operación las Clínicas hubieran llevado a cabo dicho proceso sin necesidad de establecer el compromiso, con el fin de seguir captando la demanda por dichas prestaciones. Es de la esencia de las medidas que no conllevan desinversión, que las mismas impliquen una limitación o modificación de la conducta futura de los agentes económicos que se concentran⁶⁴⁰. Así, la acreditación de los prestadores, al ser esperable en el futuro, no podría considerarse propiamente una medida de mitigación.

479. En segundo lugar, esta División consideró que la Operación generaría riesgos que afectarían la calidad de las prestaciones, aun tomando en cuenta que la entidad resultante se acreditara. Lo anterior, por cuanto en la provisión de servicios de salud, la competencia en calidad lleva a los prestadores a superar considerablemente dichos estándares⁶⁴¹⁻⁶⁴². Al respecto, el sistema de acreditación, conforme fue señalado *supra*⁶⁴³, consiste en procesos periódicos de evaluación de cumplimiento de los estándares mínimos para garantizar que las prestaciones alcancen la calidad requerida para la seguridad de los usuarios⁶⁴⁴.

⁶³⁹ Decreto Supremo N°22 del Ministerio de Salud de 2019, que Aprueba Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud. Debido a esta exigencia, prácticamente la totalidad de los prestadores de salud de atención cerrada se encuentra acreditadas o en proceso de acreditación. Véase el acta de reunión de fecha 6 de noviembre de 2019, entre funcionarios de la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud y de la División de Fusiones de la FNE, a fojas 1555 del Expediente F178: "(...) No obstante lo anterior, dicha acreditación es obligatoria, para todos aquellos prestadores que otorguen prestaciones GES, tales como los prestadores de atención cerrada de alta complejidad, para los cuales entró en vigencia la garantía de calidad del Régimen de Garantías Explícitas en Salud, a partir de julio del año 2016, habiéndose sometido a la fecha, la mayoría de ellos al proceso de acreditación por lo que, pueden otorgar prestaciones GES y realizar convenios tanto con el Seguro Público de Salud, Fonasa, o con el Seguro Privado constituido por las Instituciones de Salud Previsional, ISAPRES, existiendo una clara tendencia a la acreditación de todos los prestadores".

⁶⁴⁰ Guía de Remedios, párrafo 34.

⁶⁴¹ En el mismo sentido se ha pronunciado la CMA en Royal Bournemouth and Christchurch Hospitals NHS Foundation Trust (2013), Op. Cit.: **"Las partes están sujetas a una importante regulación de calidad, pero la existencia de dicha regulación no significa que la competencia no impulse la calidad; por el contrario, se espera que la competencia impulse mejoras continuas en la calidad, de maneras en las que los estándares mínimos de calidad no lo hacen. Según el remedio propuesto, incluso si la entidad fusionada es capaz de mantener la calidad actual y cumplir con los estándares FFT, consideramos que podría haber mejoras aún mayores en la calidad en un entorno competitivo"**. Traducción libre. En original: "the parties are subject to significant quality regulation, but the existence of such regulation does not mean that competition does not drive quality; to the contrary, we expect that competition drives continuous improvements in quality in ways that minimum quality standards do not. Under the proposed remedy, even if the merged entity is able to maintain current quality and meet the FFT standards, we consider that there would have been the potential for even greater improvements in quality in a competitive environment".

⁶⁴² Para tal efecto, véase párrafos iniciales de la Sección IV del presente Informe. Adicionalmente, existe variabilidad en las características de los prestadores que se someten a un mismo estándar de acreditación y nivel de complejidad, que se da con relación a las diferencias que presentan los prestadores, en su cartera de prestaciones, tamaño, servicios y unidades clínicas, puntos de verificación, conformación de sus unidades de calidad. En dicho sentido, véase acta de reunión de fecha 6 de noviembre de 2019, entre funcionarios de la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud y de la División de Fusiones de la FNE, a fojas 1555 del Expediente F178, y Pauta de Cotejo Manual de Atención Cerrada, Superintendencia de Salud, disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles-4530_pauta_AC_pdf.pdf> [última visita: 02.12.2019].

⁶⁴³ Véase Sección II del presente Informe.

⁶⁴⁴ DFL N°1, artículo 4, N°12 y 11, énfasis agregado. Véase asimismo acta de reunión de fecha 6 de noviembre de 2019, entre funcionarios de la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud y de la División de Fusiones de la FNE, a fojas 1555 del Expediente F178: "De esta manera, podría haber prestadores que estando acreditados por primera vez, cumplen con el porcentaje general mínimo de cumplimiento exigido por el estándar de acreditación (50%) siempre que cumplan con las 30 características obligatorias y otros que sobrepasan dicho mínimo de cumplimiento, de acuerdo a como se hayan preparado previamente."

480. En efecto, según fue señalado *supra*, el sistema de acreditación contempla que sean los propios prestadores de salud quienes definan los indicadores y umbrales que componen los verificadores del programa de calidad por el cual se registrarán⁶⁴⁵, los cuales están asociados a la existencia de protocolos, procedimientos de registro, accesibilidad al historial médico, revisión preventiva de equipos, entre otros. De este modo, los estándares actuales no miden el resultado de los indicadores, sino que se haya realizado una evaluación de los mismos⁶⁴⁶.

481. Así, existe un conjunto importante de aspectos de calidad, relativos a resultados médicos (tales como tasas de mortalidad, caídas de pacientes hospitalizados, tasas de reclamos por negligencias médicas, mantención de la infraestructura, calidad del personal médico y auxiliar de enfermería, entre otras) que no son evaluados mediante los procesos de acreditación y que, por lo tanto, no se asegura que en el escenario post Operación se mantengan inalterados. En consecuencia, el sistema de acreditación es un piso mínimo que las Clínicas hoy ya cumplen, pero que no comprende la totalidad de las características relacionadas a calidad que actualmente poseen las Clínicas. Por ende, asegurar la reacreditación de la entidad fusionada no implicaría asegurar indicadores de calidad de resultados que podrían verse afectados con la Operación⁶⁴⁷.

482. Al respecto, cabe señalar que los informes de acreditación emitidos por entidades acreditadoras difieren en cantidad de elementos controlados para Clínica Iquique y para Clínica Tarapacá, dado que la primera implementó programas con un mayor número de elementos verificables⁶⁴⁸. Por tanto, aun asegurando la acreditación, al no estar determinado cuáles verificadores cumpliría la entidad fusionada, no es posible concluir que la operación resultaría inocua para la calidad desde la perspectiva del actual sistema de acreditación.

483. En tercer lugar, no sería efectivo que el sistema de acreditación garantice mejoras de los estándares de calidad medidos por el prestador⁶⁴⁹. En efecto, en cuanto a los

⁶⁴⁵ Acta de reunión de fecha 6 de noviembre de 2019, entre funcionarios de la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud y de la División de Fusiones de la FNE, a fojas 1555 del Expediente F178, y Pauta de Cotejo Manual de Atención Cerrada, Superintendencia de Salud, disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles-4530_pauta_AC_pdf.pdf> [última visita: 06.12.2019].

⁶⁴⁶ Así, por ejemplo, en el caso de las infecciones intrahospitalarias, se exige que el prestador cuente con una estructura organizacional responsable de su prevención y control, y contar con un sistema de vigilancia que defina ciertos indicadores y umbrales a cumplir (entre los que se encuentran tasas de infecciones intrahospitalarias). GCL-3.1. y GCL 3.2., de Pauta de Cotejo Manual de Atención Cerrada, Superintendencia de Salud, disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles-4530_pauta_AC_pdf.pdf> [última visita: 06.12.2019]. No obstante lo anterior, este tipo de infecciones se evalúan de acuerdo a la normativa vigente del Ministerio de Salud, existiendo la obligación de medir resultados y de fijar tasas de cumplimiento para cada una de las infecciones intrahospitalarias que le corresponda monitorear de acuerdo a su cartera de prestaciones. Por lo tanto, para efecto de la acreditación, la mayoría de los prestadores se guía por los indicadores, tasas y umbrales definidos en la normativa del Ministerio de Salud.

⁶⁴⁷ Por otro lado, si se incorporasen nuevos criterios relacionados a los resultados médicos, ello implicaría adoptar una medida de carácter conductual que pretende regular el mayor poder de mercado de la entidad fusionada que, conforme se ha expuesto, no podría adoptarse de manera indefinida, presenta dificultades de *enforcement* y podría distorsionar la competencia.

⁶⁴⁸ Respuesta de Red Interclínica a Oficio Ord. N°2231, a fojas 1598 del Expediente F178; y de Red Salud a Oficio Ord. N°2232, a fojas 1594 del Expediente F178.

⁶⁴⁹ Véase escrito de presentación de las Medidas, pág.16, a fojas 1523 del Expediente F178: "(...) los requisitos que se exigen en cada proceso de acreditación son cada vez más exigentes".

procesos de reacreditación, éstos contemplan un aumento gradual de porcentajes de cumplimiento. En la primera acreditación, se requiere igualar o superar un umbral de 50% de cumplimiento de los parámetros evaluados; en el segundo proceso este umbral aumenta a un 70% y en la tercera acreditación y los procedimientos sucesivos, a un 95%⁶⁵⁰. Así, si en la primera acreditación se obtuvo un 93% de cumplimiento—como sería el caso de Clínica Iquique— o 90,4%—obtenido en el proceso de Clínica Tarapacá—⁶⁵¹, en la segunda acreditación, la entidad fusionada podría aprobar con un porcentaje de 70%. A partir de la tercera acreditación, se haría exigible un puntaje de 95%. Sin embargo, ello ocurriría en cuatro años más⁶⁵².

484. Así, aun si efectivamente dicho compromiso significara un cambio del eventual escenario post Operación, sería insuficiente para mitigar los riesgos porque no asegura que se mantendrá el nivel de calidad en prestaciones de salud ofrecido en el escenario previo a la Operación. Esto, en atención a dos elementos: (i) el sistema de acreditación se limita a resguardar la aplicación de procesos autodefinidos por los prestadores de salud, y no comprende aquellas cualidades que sobrepasan los estándares mínimos requeridos para acreditarse; y (ii) la nueva acreditación podría ser por un puntaje menor al ya obtenido por Clínica Iquique y Clínica Tarapacá.

485. Todo lo anterior fue corroborado por la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud (S) y por la Jefa del Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud (S)⁶⁵³, quienes sostuvieron que en los estándares actuales no se mide el resultado de los indicadores, sino que se haya realizado la evaluación de éstos, y que “[l]os resultados de las acreditaciones subsiguientes, son independientes del resultado de la acreditación precedente, el prestador que desea conseguir la reacreditación, solo deberá cumplir con las reglas de decisión para el cumplimiento de la acreditación de que se trate”.

486. En definitiva, el compromiso ofrecido ni siquiera corresponde a una medida de regulación del mayor poder de mercado adquirido con ocasión de la Operación, como lo sería mantener o no disminuir los niveles de servicio actuales⁶⁵⁴. Por el

⁶⁵⁰ Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada, de la Superintendencia de Salud, disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles-4530_Manual_AC_pdf.pdf> [última visita: 06.12.2019].

⁶⁵¹ De acuerdo a la Resolución Exenta IP/N°799 de 2017, y Resolución Exenta IP/N°219 de 2017, ambas de la Superintendencia de Salud, respectivamente.

⁶⁵² A mayor abundamiento, si la entidad fusionada cambia de razón social o de RUT, deberá tramitarse la acreditación como un nuevo prestador de salud, por lo que obtendría una primera acreditación cuya exigencia sería de un 50% de cumplimiento de aspectos monitoreados. Véase acta de reunión de fecha 6 de noviembre de 2019, entre funcionarios de la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud y de la División de Fusiones de la FNE, a fojas 1555 del Expediente F178; y declaración de Manuel Rivera, en su calidad de Intendente de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales, a fojas 305 del Expediente F178.

⁶⁵³ Véase el acta de reunión de fecha 6 de noviembre de 2019, entre Carmen Monsalve Benavides, Intendente de Prestadores (s) y Jeanette Gonzáles Moreira, Jefa del Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud (s), ambas de la Superintendencia de Salud, con funcionarios de la División de Fusiones de la FNE, a fojas 1555 del Expediente F178: “Los resultados de las acreditaciones subsiguientes, son independientes del resultado de la acreditación precedente, el prestador que desea conseguir la reacreditación, solo deberá cumplir con las reglas de decisión para el cumplimiento de la acreditación de que se trate. **Lo anterior implica que por ejemplo, si en la primera acreditación un prestador de atención cerrada, obtuvo un puntaje de 90% además de cumplir con todas las características obligatorias, en la reacreditación dicho prestador puede obtener la acreditación con un puntaje de 70%, al cumplir el umbral de cumplimiento exigido para ese período (...)**”.

⁶⁵⁴ Guía de Remedios, pág. 21.

contrario, conforme a lo señalado, la medida sólo conlleva una obligación de acreditarse, procedimiento que no impide que la entidad fusionada disminuya la calidad de las prestaciones ofrecidas. De hecho, según se analizó en detalle *supra*, existen antecedentes en la Investigación que dan cuenta que Red Interclínica proyectaría afectar dicha variable, con objeto de reducir sus costos⁶⁵⁵. En consecuencia, bajo el sistema de acreditación vigente –que sólo asegura un piso mínimo de funcionamiento pero no un nivel de servicios– la medida ofrecida no obstaría a que la calidad pueda afectarse.

487. En virtud de lo anterior, esta División considera que la medida consistente en acogerse voluntariamente al sistema nacional de acreditación, no es propiamente un compromiso, al no modificar una conducta futura, y aun en caso de serlo, no sería suficiente para mitigar el riesgo de disminución de calidad.

c) Plan de complejización

488. Como segunda medida asociada al riesgo de disminución de calidad, Red Interclínica propuso la implementación de un plan de complejización para ofrecer nuevos servicios hospitalarios, consistentes en una UTI Neonatal, una UTI adulto, una nueva unidad de hemodinamia, angiografía y cateterismo intervencional, y potenciar el área de neurocirugía, mediante la inversión en equipamiento que aumente la resolutivez en dicha área. Es pertinente señalar que el plan de complejización significaría un costo aproximado de **[128]**, de acuerdo a lo presentado por Red Interclínica⁶⁵⁶, lo que equivale a un [0-5]% de los ingresos operacionales de las Clínicas para el año 2018⁶⁵⁷ **[129]**.

489. Este plan de complejización contempla fechas de comienzo de implementación y operación, y está sujeto a diversas condiciones de vigencia. Todo lo anterior se detalla en la siguiente Tabla 20.

Tabla 20
Condiciones de vigencia y fechas de implementación e inicio de la operación del plan de complejización

Medida	Condición de vigencia	Fecha de comienzo implementación	Fecha de comienzo operación
UTI neonatal	La medida dejará de ser exigible si en la Región de Tarapacá comienza a operar un nuevo prestador institucional privado de salud de atención cerrada que preste servicios hospitalarios y que cuente con una capacidad de 20 camas y dos pabellones.	11 meses posterior al perfeccionamiento de la Operación.	Tan pronto la Seremi otorgue la autorización sanitaria, lo que no excederá de seis meses desde la fecha de implementación.

⁶⁵⁵ Conforme consta en planilla Excel “Planificación Financiera CT y CI v.6 (Cambio de inicio operación).xlsx”, acompañado por Red Interclínica como respuesta al Oficio Ord. N°1683, a fojas 1283 del Expediente F178.

⁶⁵⁶ Véase detalle de inversiones en las tablas presentadas en las páginas 18 a 21, de las Medidas.

⁶⁵⁷ Respuestas de Red Interclínica a Oficio Ord. N°0663 y de Red Salud Oficio Ord. N°0664 a fojas 410 y 335 del Expediente F178, respectivamente.

Medida	Condición de vigencia	Fecha de comienzo implementación	Fecha de comienzo operación
UTI adulto	La medida dejará de ser exigible si en la Región de Tarapacá comienza a operar un nuevo prestador institucional privado de salud de atención cerrada que preste servicios hospitalarios y que cuente con una capacidad de 20 camas y dos pabellones.	11 meses posterior al perfeccionamiento de la Operación.	Tan pronto la Seremi otorgue la autorización sanitaria, lo que no excederá de seis meses desde la fecha de implementación.
Unidad de hemodinamia, angiografía y cateterismo intervencional	La medida dejará de ser exigible si en la Región de Tarapacá comienza a operar un nuevo prestador institucional privado de salud de atención cerrada que preste servicios hospitalarios y que cuente con una capacidad de 20 camas y dos pabellones.	11 meses posterior al perfeccionamiento de la Operación.	12 meses posterior al perfeccionamiento de la Operación.
Potenciar neurocirugía	La medida dejará de ser exigible si en la Región de Tarapacá comienza a operar un nuevo prestador institucional privado de salud de atención cerrada que preste servicios hospitalarios y que cuente con una capacidad de 20 camas y dos pabellones.	18 meses posterior al perfeccionamiento de la Operación.	Tan pronto la Seremi otorgue la autorización sanitaria, lo que no excederá ocho meses desde la fecha de implementación.

Fuente: Elaboración propia a partir de Medidas.

490. Previo al análisis de idoneidad y aptitud de esta medida, es pertinente señalar que si bien el plan de complejización fue ofrecido como mitigación del riesgo de disminución de calidad de las prestaciones hospitalarias programadas para pacientes de Isapre, a juicio de esta División, tendría por finalidad subsanar las observaciones realizadas a las eficiencias dinámicas, en el sentido de volverlas *probables*, al hacer exigible el funcionamiento de las nuevas unidades e inversiones⁶⁵⁸⁻⁶⁵⁹.

491. Por otra parte, el riesgo de deterioro de calidad referido por esta División, se refiere a factores tales como disminución del personal médico disponible por paciente, disminución del número de especialistas, disminución de inversiones en mantención de infraestructura y equipos, aumento de infecciones intrahospitalarias, aumento de las tasas de re-hospitalización, de caídas de pacientes hospitalizados, de reclamos, entre otras, ninguna de las cuales se vería directamente morigerada por el plan de complejización⁶⁶⁰. En efecto, el riesgo identificado por esta División no fue fundado

⁶⁵⁸ Conforme se describió en la Sección VII, las nuevas unidades e inversiones planteadas como eficiencias dinámicas serían improbables en el escenario en el post Operación. De esta manera, según el análisis de esta División, las nuevas inversiones comprometidas no se derivarían directamente de eficiencias de la Operación, sino que se ofrecen como compromiso adicional cuya finalidad es compensar los efectos adversos identificados en el marco de esta Investigación.

⁶⁵⁹ Es pertinente hacer notar que el plan de complejización presentado como medida no se condice exactamente con los servicios presentados como eficiencias dinámicas de la Operación. En efecto, la [129*] fue planteada como eficiencia dinámica pero no fue incluida como medida y la unidad de hemodinamia, angiografía y cateterismo fue incluida dentro del plan de complejización, pero no fue planteado dentro de las eficiencias dinámicas.

⁶⁶⁰ Véase Sección IV del presente Informe.

en la posibilidad de que, producto de la Operación, dichas inversiones no se hubiesen llevado a cabo. Más aún, las eficiencias dinámicas presentadas en el Informe de Eficiencias y la propia justificación de la medida se basan en que las inversiones mencionadas no se hubieran realizado en ausencia de la Operación, por lo que el plan de complejización no es una defensa de un proceso de mejoras que se hubiera visto amenazado por la Operación⁶⁶¹.

492. Sin perjuicio de ello, la inauguración de nuevas unidades de cuidado de paciente críticos (UTI neonatal y UTI adulto) implican una mejora en general de la calidad del prestador, en el sentido de brindar una mayor seguridad para los pacientes, al evitarse las derivaciones en caso de que ocurran complicaciones en los tratamientos. Del mismo modo, el aumento de resolutivez del prestador en las áreas propuestas, también significaría un aumento de la calidad total del prestador, al poder responder de una manera más integral a las necesidades médicas de los pacientes.
493. Así, no es posible desconocer que si bien el plan de complejización no mitiga directamente los riesgos de la Operación, podría implicar un beneficio para los usuarios de las Clínicas. Por ello, a continuación se evalúa en qué medida dichos beneficios son probables y, en ese caso, si éstos resultan mayores o menores que los riesgos de la Operación, considerando los contrapesos señalados en el presente Informe.
494. Ahora bien, respecto al modo en que se plantea el plan de complejización, existen dos observaciones que impiden considerarlo como una medida efectiva para mitigar los riesgos de la Operación.
495. En primer lugar, el plan de complejización ofrecido no contempla consideraciones relacionadas a estándares de calidad con que pudieran ser brindadas las nuevas prestaciones ofrecidas, por lo que confiere un espacio de cumplimiento creativo de la medida. Ello, toda vez que dicho plan debe cumplir tan solo con las condiciones estructurales mínimas que requiere la autorización sanitaria, pudiendo, en caso de resultar poco rentables o atractivas para la entidad fusionada, ser ofrecidas a un nivel de calidad inferior al competitivo, de modo tal que permita cumplir formalmente con la obligación propuesta, pero que en la práctica no signifique un beneficio para los usuarios de la zona. Del mismo modo, tampoco es posible prever los precios y demás condiciones comerciales en que podrían ser brindados dichos servicios⁶⁶².
496. Lo anterior, atendido a que la entidad resultante de la Operación sería un prestador monopólico y que, como se analizó en la Sección VII del presente Informe, el propio análisis de dichas unidades no entrega un grado suficiente de seguridad respecto a

⁶⁶¹ Véase Sección VII del presente Informe.

⁶⁶² En el caso de medidas que impliquen regulación del poder de mercado un desafío que enfrenta el regulador es que las medidas permitan evitar el “cumplimiento creativo”, vale decir, realizar acciones tendientes a garantizar un cumplimiento formal de la regulación, pero permitiendo a la empresa actuar conforme a sus incentivos. Al respecto, la OECD ha señalado que “Overly technical rules can also increase non-compliance by encouraging evasion and creative adaptation. As the technicality and complexity of regulation increases, so does the possibility for less scrupulous players to find loopholes specific rules and engage in “creative compliance”. Ver “Reducing the risk of policy failure: Challenges for regulatory compliance, OECD, 2000, disponible en: <<https://www.oecd.org/gov/regulatory-policy/1910833.pdf>> [última visita: 06.12.2019].

la rentabilidad de las mismas. De esta forma, en un escenario no rentable, la entidad resultante siempre tendría la posibilidad de afectar las condiciones de oferta de dichos servicios, para dar cumplimiento formal al compromiso, pero reducir la oferta, eludiendo la finalidad de la medida en la práctica.

497. Con todo, de ofrecerse estándares de calidad o *caps* de precios en relación a estas unidades, se replicarían los problemas descritos *supra* sobre las dificultades para definir y fiscalizar regulaciones que limiten el poder de mercado y que no resulten transitorias a la espera de una solución definitiva.

498. En segundo lugar, como fue señalado en la Sección VII del presente Informe, las inversiones comprometidas en las unidades de tratamientos intensivos y en neurocirugía dependen, para ser rentables, del número de pacientes derivados desde otras unidades de las Clínicas. Así, Red Interclínica argumenta que el plan de complejización sería rentable a partir de la operación conjunta de las Clínicas⁶⁶³. Atendido a que las inversiones iniciales que involucra dicho compromiso son poco significativas en relación al tamaño de la entidad resultante conforme ya fue señalado, habría sido posible abastecer las nuevas unidades de manera menos lesiva a libre competencia, conforme fue señalado *supra*.

499. En cualquier caso, la revisión de la evaluación de proyectos acompañada por Red Interclínica⁶⁶⁴, da cuenta de que las nuevas unidades e inversiones planteadas como eficiencias dinámicas serían improbables en el escenario post Operación, de no existir el compromiso señalado. De esta manera, según el análisis de esta División, las nuevas inversiones comprometidas no se derivarían directamente de eficiencias de la Operación, sino que se ofrecen como compromiso adicional cuya finalidad sería compensar los efectos adversos identificados en el marco de esta Investigación.

500. En síntesis, si bien el plan de complejización propuesto podría, a primera vista, ser beneficioso para los usuarios de salud de Iquique, presentaría los siguientes problemas⁶⁶⁵: (i) no es posible prever las condiciones de calidad y precio con que podrían ser brindados dichos servicios, dado que la entidad resultante de la Operación sería un prestador monopólico, y que post Operación podrían verificarse escenarios en que el funcionamiento de dichas unidades no fuera rentable y (ii) atendidas las bajas inversiones iniciales que involucra la implementación de estas unidades, en caso que éstas fueran rentables post Operación (como argumenta Red

⁶⁶³ Respecto de lo cual esta División considera que no hay antecedentes suficientes que lo confirmen.

⁶⁶⁴ Véase archivo Excel denominado "Plan de Complejización.xlsx" acompañado en la carpeta Anexo-Punto N°1 de la respuesta de Red Interclínica al Oficio Ord. N°1683, a fojas 1283 del Expediente F178.

⁶⁶⁵ Un problema adicional, aunque secundario, del plan de complejización, consiste en que el mismo contempla ciertas fechas de comienzo de operación, que no aseguran la fecha de inicio de funcionamiento de los nuevos servicios propuestos. En efecto, con respecto a la UTI adulto, UTI neonatal y las inversiones propuestas en neurocirugía, se señala que comenzarían su operación tan pronto la Seremi otorgue la autorización sanitaria, lo que no excedería cierta cantidad de meses contados desde la "Fecha Comienzo Implementación". Sin embargo, no se contemplan multas o sanciones en caso de superar el límite propuesto. Esta División no considera aceptables las medidas de mitigación que estén supeditadas a la actuación de un tercero, ya que se pierde la garantía de su cumplimiento. Esta situación se agrava cuando el actuar de dicho tercero puede, a su vez, depender de gestiones de la misma entidad que ofrece los remedios. Además, el plazo límite establecido si no va acompañado de sanciones disuasivas, no resuelve el problema planteado.

Interclínica), a juicio de esta División, habría sido factible su implementación por vías menos lesivas para la competencia, tales como la firma de convenios de derivación.

501. Así, en cuanto a la idoneidad y aptitud de la medida ofrecida, más allá de los problemas enumerados *supra*, se debe considerar la entidad de los riesgos de la Operación, en virtud de la cual Iquique pasaría a tener un único prestador privado de salud cerrada con fuertes incentivos a disminuir costos –afectando calidad– y aumentar precios⁶⁶⁶. Las medidas ofrecidas como plan de complejización, si bien podrían ser beneficiosas para los habitantes de Iquique, no se hacen cargo directamente de dichos riesgos sino de manera indirecta y parcial –dado que subsisten riesgos vinculados a precio y calidad–. A mayor abundamiento, dada la posibilidad de que la inversión en dichas unidades no resultase rentable, podría derivar en un servicio que no cumpla los estándares para efectivamente considerarse un beneficio para los consumidores de la ciudad de Iquique.

d) Medidas de mantención o congelamiento de oferta

502. Adicionalmente, Red Interclínica presentó Medidas referidas a la mantención del nivel de oferta, consistentes en: (i) formular ofertas de convenios al Hospital de Iquique y a otras instituciones que deseen renovar o suscribir nuevos convenios, en caso de que la entidad resultante preste los servicios respectivos; (ii) mantener las prestaciones GES pactadas con las Isapres y no negar la venta de dichas prestaciones en caso de que el prestador esté en condiciones de brindarlas⁶⁶⁷; (iii) mantención de prestaciones paquetizadas tanto a beneficiarios de Isapre como de Fonasa; (iv) y mantención del número de box de atención de urgencia.

503. Estas medidas, en términos generales, buscan remediar los riesgos de disminución de oferta por parte de la entidad fusionada, por un período de diez años o hasta que ingrese un prestador de atención cerrada que cuente con una capacidad de 20 camas y dos pabellones.

504. Al respecto, si bien la mantención de oferta podría, en principio, mitigar los riesgos de dejar de ofrecer prestaciones PAD, convenios, prestaciones GES y urgencia, por sí misma no asegura que dichas prestaciones serán ofrecidas de manera competitiva⁶⁶⁸. Sin perjuicio de ello, la vigencia de las medidas resulta inadecuada en relación a la extensión del riesgo, tal como se señala *infra*.

505. Para evaluar que la oferta sea en condiciones competitivas, las medidas deben ser revisadas en conjunto con el paquete de condiciones ofrecido. En este sentido, las dificultades referidas respecto a la fijación de precios y al compromiso de

⁶⁶⁶ De esta forma, en base a un análisis cualitativo, se concluye que estas medidas no son capaces de mitigar los riesgos, dada la entidad de los mismos.

⁶⁶⁷ Lo anterior, supeditado a: (i) el nivel de resolutivez de la entidad resultante de la Operación; y (ii) que los médicos requeridos acepten las condiciones de las Isapres para realizar la prestación. Véase Medidas, a fojas 1659 del Expediente F178.

⁶⁶⁸ Respecto de prestaciones paquetizadas, si bien el principal riesgo esgrimido en este Informe es la negación de oferta y, por ende, esta medida podría ser idónea, la misma genera nuevos incentivos que podrían derivar en un cumplimiento creativo. Así, por ejemplo, por la vía de sabotear la disponibilidad del servicio ofrecido para que los usuarios no lo prefieran.

acreditarse, afectan igualmente la efectividad de las medidas de mantención de la oferta⁶⁶⁹.

506. Por otra parte, cabe señalar que la mantención del número de box de urgencias, fue la única medida ofrecida para mantener la calidad de dichos servicios. Sin perjuicio de ello, dicha calidad dependería de múltiples factores adicionales a la cantidad de box, que no fueron considerados por Red Interclínica⁶⁷⁰.

e) Vigencia de las Medidas

507. En general, tanto las medidas de fijación precios y obligación de oferta contemplan un plazo de vigencia de diez años para prestaciones hospitalarias y un año para prestaciones ambulatorias desde el perfeccionamiento de la Operación. Este plazo, en atención a la entidad de los riesgos descritos y de las condiciones de entrada, no se justifica, ya que una vez concluido dicho período los riesgos identificados se materializarían.

508. Con todo, las Medidas establecen como alternativa al plazo comprometido⁶⁷¹, la condición consistente en una entrada en la Región de Tarapacá de un prestador privado de atención cerrada, que cuente con una capacidad de 20 camas y dos pabellones. Esta División considera que dichas características no aseguran que el nuevo actor ejercerá presión competitiva suficiente. En efecto, la sola entrada de un prestador de estas características no basta para asegurar el restablecimiento de las condiciones competitivas. Conforme la Guía, se requiere de una entrada suficiente, vale decir, de un competidor que ocupe el espacio competitivo que se perdió con la Operación. Sin embargo, la Medida no considera características que le permitieran al prestador ser considerado como una entrada suficiente al mercado⁶⁷².

VI.C. Conclusiones al análisis de las Medidas

509. En definitiva, los antecedentes recabados en la Investigación permiten concluir que las Medidas no resultan efectivas ni idóneas para mitigar los riesgos que generaría la Operación.

510. En efecto, la Operación otorgará un monopolio en los servicios de salud privado de atención cerrada en la ciudad de Iquique. La Compradora pretende regular dicho poder de mercado mediante medidas conductuales, que en lo principal consisten en fijaciones de precios, obligación de acreditación, congelamiento de la oferta y un plan de apertura de nuevas unidades de salud, las que según lo expuesto no serían

⁶⁶⁹ Por ejemplo, si el sistema de acreditación de calidad no permite asegurar un estándar de provisión de las prestaciones, o si los *cap* de precios resultan difíciles de fiscalizar, la obligación de oferta podría ser meramente formal. Así, si a la entidad resultante de la Operación, no le resultara conveniente seguir ofreciendo un determinado servicio, podría encontrar mecanismos para hacer poco atractiva la oferta.

⁶⁷⁰ Véase Sección IV, referida a riesgos en la variable calidad.

⁶⁷¹ Salvo respecto a la medida ofrecida para mitigar riesgos respecto a prestaciones ambulatorias. Con respecto a los compromisos de acreditación de calidad y plan de complejización, no se establece un plazo, solo la entrada de un nuevo prestador, además de las condiciones de vigencia ya mencionadas en el segundo caso.

⁶⁷² Por ejemplo, que el entrante se encuentre acreditado como un prestador de alta complejidad, que tenga las mismas prestaciones y un nivel de resolutivez no inferior, que atienda pacientes afiliados a Isapre y Fonasa.

efectivas en dicho fin. Asimismo, tampoco resultarían idóneas, dada la entidad y duración de los riesgos cuya duración resulta difícil de definir, por lo que la implementación de un remedio de comportamiento desnaturaliza el carácter transitorio de dichas medidas.

511. Efectuado un análisis caso a caso de dichas medidas, éstas tampoco resultan factibles de implementar, ejecutar ni monitorear. Si bien se ofrece la designación de un supervisor de cumplimiento, las Medidas ofrecen espacios de discrecionalidad – o de cumplimiento creativo⁶⁷³– respecto de su sujeto pasivo, que requeriría un nivel de supervisión tal que su monitoreo resulta poco factible⁶⁷⁴, por lo que no se erigen como una alternativa que permita restituir la pérdida de competencia originada por la Operación.

512. Con todo, las Medidas tampoco resultan proporcionales al problema de competencia detectado, toda vez que claramente no responden de manera equitativa y razonable a los riesgos que pretenden enervar⁶⁷⁵.

513. En virtud de lo expuesto, a la luz de los antecedentes del Expediente F178, es posible concluir que la Operación, aun sujetándose a las Medidas y modificada por las mismas, reduciría sustancialmente la competencia. Lo anterior, en razón de la magnitud de los riesgos que la Operación generaría, la falta de aptitud de Medidas ofrecidas para mitigarlos y la ausencia de contrapesos suficientes, esta División considera que resulta procedente recomendar su prohibición⁶⁷⁶.

⁶⁷³ Entendido como el proceso en que los regulados por una regla – como lo sería el sujeto pasivo de una medida de mitigación – evitan incumplir derechamente la misma, cumpliéndola formalmente por la vía de sortear o rodear su alcance, pero en definitiva incumpliendo con el espíritu de la misma: “Incluso si los funcionarios logran el cumplimiento de la regulación, este no es el fin de la historia. Los objetivos deseados pueden no lograrse por dos razones principales. La primera de ellas es lo que se ha denominado “cumplimiento creativo”. Este es el proceso por el cual los regulados evitan tener que romper las reglas y eluden el alcance de una regla mientras violan su espíritu” Traducción libre. En el original: “Even if compliance with rules is achieved by enforcers, this is not the end of the story. Desired objectives may not be achieved for two main further reasons. The first of these is what has been termed ‘created compliance’. **This is the process whereby those regulated avoid having to break the rules and do so by circumventing the scope of a rule while still breaching the spirit of the rule**”. Al respecto, ver Baldwin et. al, *Understanding Regulation*, OUP 2012, p. 232.

⁶⁷⁴ Conforme señala la Guía de Remedios, pág. 5: “La factibilidad de una medida será inversamente proporcional a la intensidad de la supervisión que requiera”.

⁶⁷⁵ Guía de Remedios, para. 13 y Resolución 37/2011, Consulta de CONADECUS sobre operación de concentración entre LAN Airlines S.A. y TAM Linhas Aéreas S.A., considerando 304.

⁶⁷⁶ En este sentido, la ICN señala que, “en caso de que una fusión genere un daño significativo a la libre competencia, para el cual **no existe un remedio efectivo**, la fusión será, habitualmente, prohibida”. Traducción libre. En el original: “If a merger results in significant competitive harm for which there is no effective remedy, the merger will normally be challenged or prohibited”. Guía de Remedios ICN, pág. 3. En la misma línea, la Comisión Europea ha señalado que, “en los casos en que las partes presenten propuestas de soluciones que sean tan extensas y complejas que no le sea posible a la Comisión determinar con el grado suficiente de certeza, en el momento de su decisión, si se ejecutarán plenamente y si es probable que mantengan la competencia efectiva en el mercado, **no podrá adoptarse una decisión de autorización**”. Guía de Remedios Comisión Europea, párrafo 14, citado en la decisión de la Comisión Europea Caso M.7995 Deutsche Börse / London Stock Exchange Group, párrafo 915. Asimismo, el FTC y DOJ han indicado: “**Los consumidores no deberían tener que soportar el riesgo de que unas medidas de mitigación complejas no conserven la competencia**. En consecuencia, en algunas situaciones, unos remedios bien estructurados pueden preservar la competencia. Sin embargo, en otras situaciones, puede que no haya medidas que puedan remediar una transacción a juicio de las agencias. **En tales casos, las agencias no dudarán en impugnar la transacción**.” Traducción libre. En original: “Consumers should not have to bear the risk that a complex settlement may fail to preserve competition. Consequently, in some situations, a well-structured settlement can preserve competition. In other situations, however, there may be no settlement that can remedy a transaction in the Agencies’ judgment. In such cases, the Agencies will not hesitate to challenge the transaction.” OECD (2016) Agency Decision-Making in Merger Cases: From a Prohibition Decision to a Conditional Clearance – Note by the United States, Op. Cit., pág. 5.

IX. CONCLUSIONES

514. Según lo expuesto en el presente Informe, y conforme a los antecedentes del Expediente F178, esta División ha llegado a la convicción de que la Operación analizada cuenta con la aptitud para reducir sustancialmente la competencia.
515. La Operación implica una concentración de los dos únicos prestadores privados de salud de atención cerrada en la ciudad de Iquique, y otorgará a la entidad resultante la habilidad y los incentivos para aumentar los aranceles y disminuir la calidad de las prestaciones de salud ofrecidas, en perjuicio de los consumidores y de los diversos actores de la industria de la salud en la ciudad de Iquique.
516. En particular, la Operación implicará, en los hechos, un monopolio en los servicios de salud privada de atención cerrada en Iquique, en los siguientes segmentos: (i) prestaciones hospitalarias para beneficiarios de Isapres y de Fonasa; (ii) derivaciones desde el sistema de salud público en la Región de Tarapacá; y, (iii) convenios con otras instituciones para la provisión de ciertas prestaciones de salud en favor de sus beneficiarios o empleados. Adicionalmente la entidad resultante sería el principal actor en exámenes radiológicos simples y scanner; y, la Operación disminuiría significativamente las opciones de prestaciones de urgencia hospitalaria en la ciudad de Iquique.
517. En concordancia con lo señalado, tanto las proyecciones internas de Red Interclínica como la opinión de diversos actores de la industria son consistentes con el análisis de riesgos efectuado por esta División.
518. Por su parte, los contrapesos presentados por Red Interclínica no contarían con una entidad suficiente para compensar los riesgos detectados. En particular, se descartó que los riesgos fueran contrarrestados por el poder negociador de las aseguradoras, y que otros prestadores (tanto privados, ubicados fuera de la Región de Tarapacá, como ubicados en la ciudad de Iquique pertenecientes a la Red de Salud Pública) pudieran ejercer una presión competitiva a la entidad resultante de la Operación que la disciplinaran en forma suficiente como para contrapesar la entidad de los riesgos observados.
519. Con respecto al contrafactual de la Operación, no se advierten antecedentes que sustenten la salida de Clínica Iquique del mercado. Asimismo, el mercado de la salud en la ciudad de Iquique –e incluso a nivel nacional– no refleja una estructura dinámica sino muy por el contrario, los antecedentes de la Investigación permiten descartar la posibilidad de la entrada de un actor que represente un contrapeso oportuno, suficiente y efectivo a los riesgos identificados.
520. Asimismo, las eficiencias esgrimidas por las Partes no cumplen con los criterios de verificabilidad e inherencia a la Operación. A mayor abundamiento, aun cumpliendo tales requisitos, su entidad no resulta suficiente para contrarrestar el mayor poder de mercado alcanzado por la entidad resultante producto de la Operación.

521. Finalmente, tras haberse efectuado un análisis exhaustivo de las medidas de mitigación de naturaleza conductual ofrecidas por Red Interclínica, es posible concluir que éstas no resultan efectivas ni idóneas para mitigar los riesgos identificados, ni factibles de implementar, ejecutar ni monitorear, y que tampoco son proporcionales a la entidad de los mismos.

522. En síntesis, esta División considera que los antecedentes en el Expediente F178 permiten demostrar la aptitud de la Operación para reducir sustancialmente la competencia, toda vez que su perfeccionamiento generará un agente dotado de posición monopólica en el mercado de la salud privada de atención cerrada en la ciudad de Iquique, con los consiguientes riesgos unilaterales en los diversos segmentos en los que opera, impactando directamente a los usuarios. Dichas aprehensiones no se ven acotadas por los contrapesos presentados, ni suficientemente mitigadas por las Medidas ofrecidas.

523. Debido a lo anterior, y salvo el mejor parecer del Fiscal, esta División recomienda prohibir la Operación, en los términos del artículo 57 letra c) del DL 211, por cuanto ésta resulta apta para reducir sustancialmente la competencia.

Saluda atentamente a usted,



REPUBLICA DE CHILE
★ JEFE DE FUSIONES ★
FISCALIA NACIONAL
FRANCISCA LEVIN VISIC
Jefa de División de Fusiones

MPD
MPD