

---

## **Informe Económico sobre Requerimiento en Contra de la Asociación gremial de Cirujanos de la V Región y Otros**

---

**Preparado por Claudio Bonilla\***

20 de Marzo del 2019

---

\*Claudio Bonilla es Profesor Titular de la Universidad de Chile, Socio de Bonilla y Asociados Consultores y Ph.D. en Economía de la University of Texas at Austin.

El informe fue encargado por Adolfo Silva y Arturo Paillaef, Abogado Asesor y Presidente respectivamente de la Asociación gremial de Cirujanos de la V Región.

## **CONTENIDO**

1. Introducción.....	3
2. Sobre la Calificación de Colusión a la Fijación de Aranceles Referenciales.....	4
3. Sobre la Aplicación del Criterio de la Regla de Razón para el Caso.....	7
4. Estructura del Mercado de la Salud Privada en Chile.....	10
5. Consideraciones Adicionales del Caso.....	15
6. Conclusiones.....	19
Anexo. Aspectos que Reducen Competencia en el Mercado de los Seguros de Salud en Chile .	21

## 1. Introducción

El modelo económico de desarrollo para nuestro país se basa en el hecho de que oferentes y demandantes de bienes y servicios se encuentran en un mercado libre y competitivo. Para que el mecanismo de mercado funcione para la sociedad, se requiere que dicha interacción se produzca entre muchos oferentes y muchos demandantes. Además, cuando en el mercado no está presente el problema de los bienes públicos ni de las externalidades, no existe información asimétrica, ni tampoco poder de mercado, entonces el resultado de la interacción en el mercado es un **óptimo de Pareto**, como decimos los economistas, es decir, el equilibrio de mercado es una asignación eficiente técnicamente, lo cual es un requisito para lograr el máximo bienestar social.

Por el contrario, cuando alguno de los supuestos de un buen funcionamiento del mercado no se cumple, el resultado del juego de mercado es socialmente sub-óptimo, y en consecuencia, se requieren rectificaciones. En particular, cuando existe poder de mercado el regulador debe tratar contener el exceso de poder de los agentes del mercado a través de una legislación que vele por la libre competencia.

### **Sobre la Institucionalidad que vela por la Libre Competencia**

A grandes rasgos, se entiende que existe una situación de libre competencia en un mercado cuando los resultados en términos de precios y cantidades ofrecidas son tales que el bienestar de la sociedad es el mayor posible dadas sus características -en términos del número de oferentes, estructuras de costos y la diferenciación entre los productos sustitutos ofrecidos, entre otros-.

Cuando existe libre competencia, cualquier persona o empresa es libre de participar en una determinada actividad económica ya sea como vendedor o como comprador. Las empresas o personas son libres de entrar o salir de un mercado y tienen completa libertad para fijar el precio de sus productos con el objetivo de atraer las preferencias de los consumidores. Estos

últimos por su parte, son libres de elegir qué productos quieren comprar y a qué oferentes quieren acudir.

Dados los beneficios sociales que produce la libre competencia, se justifica la existencia de una institucionalidad especializada que salvaguarde el bienestar de la sociedad en estos tópicos, ya que los oferentes con poder de mercado podrían tener incentivos para atentar individual o colectivamente contra la libertad económica y el funcionamiento eficiente de los mercados en favor de su propio beneficio económico, generando menoscabos en la sociedad como conjunto.

En función de estos objetivos, la línea argumentativa seguida en este informe - y que es consecuencia del análisis de los incentivos económicos y las características particulares del mercado en cuestión - apunta a favor de que la existencia de la Asociación gremial de Médicos es consistente con la preservación de la libertad económica en las prestaciones de salud y el funcionamiento eficiente del mercado, y que estos beneficios superarían los posibles efectos anticompetitivos de la práctica.

Y que, a raíz de lo anterior, la existencia de la asociación gremial, lejos de atentar contra la libre competencia, es consistente con sus principios más básicos y fundamentales.

## **2. Sobre la Calificación de Colusión a la Fijación de Aranceles**

### **Referenciales**

La colusión ocurre cuando competidores (agentes de un mismo mercado) acuerdan la fijación de precios, cantidades o áreas geográficas a distribuir, de forma conjunta. A nivel comparado, la colusión es un hecho económico que se considera falta “per se”, sin necesidad de probarse la existencia de daño, ni ser necesario realizar definiciones respecto a la participación de mercado de las firmas acusadas para que constituya un ilícito.

No obstante, es necesario que las firmas que acuerdan precios (u otras variables) sean competidoras, es decir, que operen en el mismo mercado relevante.

En este sentido, una herramienta habitualmente utilizada para estos fines es lo que se conoce como el “Test del Monopolista Hipotético”, que define como mercado relevante el que agrupa al conjunto más amplio de bienes y servicios sobre el cual a una firma hipotética que actuara como monopolio le sería rentable aumentar los precios de forma estable. Esta prueba se basa en que los bienes o servicios que se ofertan en un mismo mercado deben tener un nivel considerable de sustituibilidad.

En base a lo anterior, y utilizando la propia caracterización del mercado relevante que esboza la Fiscalía Nacional Económica en su requerimiento<sup>1</sup>, los servicios ofrecidos por los médicos especialistas no poseen sustitutos cercanos salvo los ofrecidos por médicos de la misma especialidad.

Lo anterior tiene sentido en la medida en que si existiese un único oferente de cierta especialidad (por ejemplo, “Cirugía Gástrica”) a este último le sería rentable aumentar de forma estable el precio de las prestaciones que ofrece, puesto que los consumidores probablemente no sustituyan el servicio por el ofrecido por un médico de otra especialidad (por ejemplo, “Cirugía Plástica”).

Dado esto último, es necesario que la delimitación del mercado relevante esté acotada a los servicios ofrecidos por cada especialidad médica, y no todas en su conjunto.

Así, bajo este esquema, los aranceles referenciales fijados por la Asociación gremial no constituirían un esfuerzo para la fijación de precios de forma conjunta por parte de competidores del mismo mercado, no cumpliéndose la calificación de Colusión para el caso en cuestión.

Aún más, y respaldando el punto anterior, la colusión se sustenta sobre la base de la fijación de un precio que es lo más beneficioso posible para los participantes del cartel en comparación al precio que sería resultado de la interacción estratégica y descentralizada de los oferentes.

---

<sup>1</sup> Páginas 20 a 23

En función de lo anterior, es importante notar que no existe modelo económico alguno que prediga que el precio fijado por parte de un cartel sea menor al precio que resultaría del resultado competitivo. Y, a pesar de lo anterior, en el requerimiento presentado por la Fiscalía Nacional Económica<sup>2</sup>, podemos ver que existe densidad probabilística en precios que son superiores a los aranceles referenciales fijados por la asociación, dando cuenta de que, para ciertos médicos, estos aranceles referenciales son menores a la tarifa óptima que ellos fijan de forma independiente.

Respecto a lo anterior, la fijación de precios mayores al acordado por parte de miembros de la asociación gremial no debe ser confundida con el desvío de un supuesto acuerdo colusivo para obtener mayores beneficios en el corto plazo. Esto último, ya que, por las razones recién explicitadas, lo que debiese esperarse es que los precios que son producto de un desvío del acuerdo fuesen menores al arancel referencial para acaparar parte del mercado del supuesto cartel, pero nunca precios mayores.

La existencia del cobro de precios mayores al arancel referencial precisamente es demostrativa de la heterogeneidad (baja/nula sustituibilidad) que existe en los servicios ofrecidos por los distintos especialistas, que hace que para algunos sea óptimo cobrar un precio mayor, aun siendo parte de la asociación gremial.

Esto último también sirve para sostener que existen otras razones que justifican la existencia de la organización y que no necesariamente están asociadas a la operación de un cartel, ya que de otra forma **no tendría sentido que se unieran médicos que de forma independiente cobrarían precios más altos a los aranceles referenciales.**

Por otra parte, el carácter persistente en el tiempo que posee la existencia de tarifas diferentes a las referenciales de la asociación gremial -también mostrados en el requerimiento de la Fiscalía Nacional Económica<sup>3</sup> - hace evidente que el arancel referencial en cuestión no poseía carácter obligatorio, y que más bien la alta concentración de las tarifas cobradas en esta cifra obedecen probablemente a otros motivantes que se abordarán en la siguiente sección.

---

<sup>2</sup> Cuadro 1, página 17 del requerimiento

<sup>3</sup> Cuadro 1, página 17 del requerimiento

### **3. Sobre la Aplicación del Criterio de la Regla de Razón para el Caso**

De los argumentos planteados en el apartado anterior, se desprende que, la hipótesis de que la fijación de tarifas referenciales por parte de la asociación gremial constituye una práctica colusiva no es plausible desde la racionalidad económica de la acción y lo que se observa en los datos presentados por la Fiscalía Nacional Económica.

Por otra parte, la calificación de colusión no es apta en el caso en cuestión, en cuanto los médicos miembros de la asociación gremial no operan en el mismo mercado relevante ya que no existe sustituibilidad entre distintas especialidades.

En base a esto último, lo correspondiente es evaluar el carácter anticompetitivo de la práctica aplicando el criterio de la “Regla de la Razón”. Es decir, evaluar si es que los beneficios que genera la acción en cuestión son lo suficientemente elevados como para compensar los posibles efectos negativos que podría generar.

Respecto a lo anterior, es importante recordar que la razón (o la lógica) por la que, para delitos de colusión, no opera el criterio de “Regla de la Razón”, se sustenta en que no existen razones benéficas que sirvan para justificar la existencia de un acuerdo colusivo que no puedan ser alcanzadas a través de otros mecanismos.

#### **Aspectos pro-competitivos de los acuerdos de la Asociación gremial de Médicos cirujanos y su funcionamiento**

En cuanto a este caso en particular, la existencia de asociaciones gremiales como la presente genera cuantiosos efectos que hacen deseable su existencia, y que justifican precisamente la existencia de aranceles referenciales, dentro de las que se encuentran las que se enumerarán a continuación:

En primer lugar, dadas las características del mercado -en el que una importante proporción de las prestaciones médicas se hacen a través de las Isapres-, la suscripción de contratos individuales generaría importantes costos transaccionales (tales como costos de

búsqueda y negociación) que hacen deseable que la suscripción se haga por medio de convenios colectivos para los miembros de la Asociación gremial. En estos acuerdos, evidentemente, deben quedar claras las condiciones en las cuales se efectuarán las prestaciones (incluyendo el precio) para lo cual una tarifa referencial sirve el propósito de reducir los costos de transacción y la incertidumbre asociada a la operación.

En segundo lugar, la incorporación de los médicos particulares a la asociación gremial cumple el rol de permitirles la entrada al mercado en cuestión para poder ofrecer sus conocimientos y competencias a los asegurados a través de la prestación de servicios por este medio, lo que genera un aumento en la variedad de servicios para los consumidores finales con fuertes efectos pro-competitivos, y consistentes con el principio de libertad de elección.

Este último aspecto también refuerza la hipótesis de que la Asociación gremial no opera como un cartel, ya que no posee racionalidad alguna el pensar que la otra contraparte de la prestación -y que realizará un copago importante del arancel- esté dispuesta a negociar con los prestadores de salud siempre y cuando actúen como cartel -y con un poder de negociación más elevado por lo demás-.

En tercer lugar, la Asociación gremial de Cirujanos también aplica fuertes estándares de selección a sus potenciales miembros, exigiendo certificaciones que aseguren la calidad de sus prestaciones y el conocimiento de la especialidad en cuestión. Esto se hace a través de requerir que los potenciales miembros posean al menos una de las siguientes certificaciones para poder ser miembro de la asociación, a saber: (i) Certificación por parte de la Corporación Nacional Autónoma de Certificación de Especialidades Médicas (CONACEM); (ii) Certificación de haber obtenido alguna beca formal de posgrado o de la especialidad universitaria; (iii) Reconocimiento por parte de alguna autoridad superior de un Servicio de Salud que certifique que el médico se ha desempeñado como especialista en un servicio clínico de Cirugía por al menos 5 años; (iv) Registro formal del médico como prestador en FONASA para cirugía en la especialidad.

Este último elemento plausiblemente genera fuertes efectos pro-competitivos -en especial en un país como Chile donde solo existe un reglamento de certificación de especialidades



médicas pero no una ley de especialidades médicas-, a través de reducir la asimetría de información entre las partes, y asegurar la libre elección de los asegurados entre profesionales médicos de alto nivel.

### **Sobre el carácter limitado de los posibles efectos anticompetitivos de la práctica**

Por otra parte, existen razones de peso para sostener que los posibles efectos anticompetitivos (en el caso de haber) derivados de la asociación gremial y su funcionamiento son limitados.

Esto último, ya que las Isapres poseen convenios con distintos prestadores en otras ciudades y regiones, por lo que se generan incentivos para que los afiliados se atiendan en estas últimas en caso de que hubiese un alza significativa en el precio de las prestaciones. De hecho, es una práctica recurrente que, en zonas geográficas donde las especialidades o los implementos médicos no son aptos para la realización de un procedimiento específico (como cirugías, quimioterapia, etc.), las personas viajen a otras ciudades o regiones para ser tratados.

Lo anterior da cuenta de que el mercado relevante no estaría acotado geográficamente a la V región, lo que implicaría que el posible efecto anticompetitivo sería de bajas proporciones (a lo menos para el caso de procedimientos de magnitud económica elevada como cirugías u otros), ya que los posibles afectados pueden sustituir entre prestadores de la misma especialidad de distintas locaciones geográficas.

### **Conclusiones de la aplicación del criterio de regla de la razón, y algunas posibles consecuencias dinámicas de la disolución de la Asociación gremial**

Evaluando desde una perspectiva exclusivamente estática, los posibles efectos anticompetitivos de la práctica son plausiblemente compensados con creces por los efectos pro-competitivos que posee tanto la existencia de la asociación gremial, como la forma en la que opera en el caso en cuestión.

Lo anterior debido a que al menos para las prestaciones de magnitud económica elevada, es una práctica recurrente que los afiliados sustituyan por prestaciones de la misma especialidad en otro territorio geográfico en el caso de un aumento significativo en el precio.

Por otra parte, en concordancia con la magnitud de los efectos pro-competitivos que posee tanto la existencia de la asociación gremial como la forma en la que opera, algunos de los efectos dinámicos que se podrían esperar como consecuencia de su disolución incluirían:

(i) Un aumento en los costos de transacción y negociación derivada de la formación de convenios exclusivamente individuales entre las Isapres y cada médico.

(ii) Un aumento en el poder de negociación de las Isapres frente a los médicos que se encontrarán bajo un régimen más atomizado. Esto último - junto con la eliminación del rol de la Asociación gremial como certificadora de la calidad de los médicos -, podría llevar a una precarización de la calidad de las prestaciones médicas en la V región para los asegurados de las Isapres, como resultado de que para aquellos médicos marginales podría ser óptimo sólo atender de forma particular.

#### **4. Estructura del Mercado de la Salud Privada en Chile**

Algo que es clave abordar para entender el rol que poseen los posibles efectos competitivos de la existencia de la Asociación gremial, y la forma en la que opera, es precisamente entender a través de qué mecanismo es que la Asociación gremial permite la existencia de una mejor calidad y variedad de prestaciones. Aspecto que requiere ahondar en algunas de las imperfecciones que posee este mercado en particular, y que son relevantes en lo relativo a las prestaciones de los médicos.

Como veremos a continuación, algunas características de la relación entre los participantes del mercado tienden a generar que exista un bajo nivel de entrada de oferentes eficientes al mercado de los prestadores de salud que atienden a afiliados del mercado de seguros de salud obligatorios privados, tanto a nivel institucional como individual. Y que estos efectos serían el

resultado del alto poder de negociación que poseen las aseguradoras como producto de la forma en la que se relacionan con sus afiliados.

### **Las aseguradoras de salud**

El mercado nacional de seguros de salud puede ser dividido en seguros voluntarios y obligatorios, y este último en público o privado.

El mercado de seguros de salud obligatorio público es servido por el Fondo Nacional de Salud “FONASA”, mientras que el mercado de seguros de salud obligatorio privado es servido por las Instituciones de Salud Previsional o “Isapres”. Las Isapres pueden dividirse en abiertas o cerradas. Donde estas últimas sólo ofertan sus productos de forma exclusiva a dependientes de una compañía o institución. Mientras que las abiertas a todo el resto. Dentro de las Isapres abiertas, a nivel nacional existen sólo seis aseguradoras: Banmédica, Consalud, Colmena, Cruz Blanca, Nueva Más Vida y Vida Tres.

Plausiblemente se puede argumentar que las Isapres no compiten en el mismo mercado que el Fondo Nacional de Salud, ya que es recurrente que los ajustes en los precios base de los planes de salud excedan el 5% anual en promedio -inclusive alcanzando valores tan altos como un alza de 7,7% en promedio entre todas las Isapres en abril del año 2008 -. Esto último daría cuenta, tras la aplicación del “Test del Monopolista Hipotético”, que las Isapres no compiten en el mismo mercado que FONASA en la medida en que les sería conveniente en su conjunto subir los precios de forma sostenida, como efectivamente ha sucedido en la mayoría de los años.

La definición del mercado objetivo da cuenta de que existe un mercado independiente -que podemos denominar como “privado”-, que sólo es atendido por seis oferentes y además se caracteriza por una baja intensidad competitiva, como veremos a continuación.

En primer lugar, la baja intensidad competitiva de este mercado se presenta en la baja respuesta que existe por parte de ciertos oferentes a cambios en el precio de los competidores.

Así, a modo de ejemplo, en la tabla que se presenta a continuación (Tabla 1), se puede observar que existe una fuerte heterogeneidad en las variaciones de los precios de los planes base ofrecidos por las aseguradoras, lo que da cuenta de que para ciertas Isapres les es rentable aumentar sus precios de forma sostenida, inclusive en un contexto donde hay competidores que no los cambian. Lo que denota una baja intensidad competitiva en el mercado en cuestión.

<b>Tabla 1: Promedio ponderado de las variaciones a precios base.</b>		
	<b>2017-2018</b>	<b>2018-2019</b>
<b>Banmédica</b>	0,0%	0,0%
<b>Colmena</b>	6,70%	4,8%
<b>Consalud</b>	5,90%	4,7%
<b>Cruz Blanca</b>	7,60%	7,7%
<b>Nueva Más Vida</b>	-	0,0%
<b>Vida Tres</b>	0,0%	0,0%

**Fuente:** Análisis de la Banda de Precios en el Sistema de Isapres elaborado por el Departamento de Estudios y Desarrollo de la Superintendencia de Salud.

Una posible razón que se podría esbozar para explicar la baja intensidad competitiva -pero no la única-, es la existencia de cautividad en una proporción importante de los asegurados en el sistema privado. Es decir que, por la existencia de algún antecedente de salud del afiliado, o por los costos que implica para los afiliados obtener información relevante para poder tomar decisiones respecto a sus seguros de salud, estos se ven restringidos en la posibilidad de cambiar de Isapre cuando las condiciones del seguro por alguna razón cambian.

Si bien es cierto, es difícil identificar y cuantificar correctamente la cautividad de los contratos en esta materia, existe evidencia de su ocurrencia en el mercado chileno, y este hecho ha sido documentado por parte de la Superintendencia de Salud .

### **Los prestadores de salud y su relación con las Isapres**

En general, los prestadores pueden ser institucionales o individuales. Los primeros son los establecimientos (dentro de los que están las clínicas y hospitales), mientras que los segundos corresponden a médicos y profesionales que prestan sus servicios como personas naturales.

Las Isapres se relacionan con ambos tipos de prestadores a través de convenios, en los cuales estas pagarán un porcentaje de la prestación médica del asegurado, correspondiéndole a estos últimos pagar un copago.

Por otra parte, si bien es cierto la integración vertical de Isapres con prestadores de salud se encuentra prohibida por ley. Está documentada la convivencia de importantes prestadores de salud institucionales que, como personas jurídicas independientes, operan dentro del mismo holding o grupo que las Isapres en cuestión.

Las relaciones recién enunciadas, junto con otros elementos característicos del mercado, podrían generar un poder de negociación muy grande por parte de las Isapres frente a otros prestadores -tanto de carácter institucional como individual -, que podría devenir en efectos fuertemente anticompetitivos asociados a gastos involuntarios en salud, o a la no entrada de prestadores eficientes al mercado. Así, algunos de estos elementos se describirán a continuación.

En primer lugar, dentro de los planes con los que las Isapres operan, existen aquellos que son de carácter cerrado, donde las intervenciones sólo se pueden desarrollar con prestadores con un convenio previo Isapre. Y otros casos, en los que cuando en virtud del plan, la intervención tiene asignada ciertos prestadores preferenciales en particular, con un menor copago por parte del afiliado.

Esto último, junto con la existencia de los clientes cautivos que posee cada Isapre, genera una menor competencia en el mercado de los prestadores de salud. Lo anterior, debido a que que provoca la existencia de un costo incremental muy alto (costo de cambio) para los afiliados por atenderse con otros prestadores, ya sea institucionales o individuales, deviniendo en un altísimo poder de negociación en favor de las Isapres frente a los prestadores.

En segundo lugar, que pueden existir incentivos por parte de las Isapres, para generar que los prestadores de salud individuales realicen sus prestaciones en centros médicos y clínicas que poseen convenios con estos últimos.

Lo anterior, podría traer aparejada la incorporación de servicios adicionales que han de ser realizados por los prestadores institucionales, que no necesariamente el afiliado es consciente

de su real necesidad, dado el bajo conocimiento que estos pueden poseer de los temas médicos y la fuerte asimetría de información que existe respecto al estado de su salud.

Así, por ejemplo, podría haber servicios adicionales de enfermería, atenciones adicionales con otros médicos que trabajan para esas clínicas o exámenes adicionales, que van más allá de la prestación que realiza el médico cirujano en cuestión. Estos últimos también podrían tener precios bastante elevado en comparación a la competencia, producto de la existencia de los altos costos de cambio mencionados.

En este sentido, dada la cautividad y la existencia de fuertes costos de cambio para los afiliados de atenderse con otros prestadores de salud, las Isapres se encontrarán en una posición donde su poder de negociación es muy alto frente al de cada médico en particular (u cualquier otro prestador individual o institucional), ya que en caso de que un prestador ofrezca un mejor servicio que los prestadores preferenciales de la Isapre, no tenderá a atraer un volumen importante de demanda.

Así, de realizarse negociaciones en términos descentralizados - donde el poder de negociación de los prestadores es menor -, se podrían provocar adicionalmente los siguientes efectos anticompetitivos:

En primer lugar, que los mejores médicos, que no estén dispuestos a aceptar las condiciones impuestas en la negociación con la Isapre y que ya posean cierto prestigio de su calidad, prefieran atender de forma particular. Y con ello, generando un mayor copago para los afiliados que posean un plan que cubra este tipo de prestación.

En segundo lugar, una precarización de la calidad de los médicos que atiendan a aquellas personas que posean peores planes de salud dentro del sistema, y que no puedan acceder a las prestaciones que desean con un médico que atiende de forma particular, ya que su plan no lo cubre.

Así, estos efectos anticompetitivos se pueden resumir en un mayor copago por parte de los afiliados que poseen una mayor preferencia por la calidad (y mejores planes), y en una menor calidad de las prestaciones para aquellos que no poseen planes de salud que les permita elegir libremente la prestación.

### **Para Concluir**

Como se ha descrito con anterioridad, los servicios médicos poseen una fuerte heterogeneidad. Esta heterogeneidad existe inclusive dentro de cada especialidad: Así, no todos los médicos son de igual calidad, y plausiblemente aquellos de mejor calidad poseen una demanda tal que su arancel óptimo es más alto que el que propondría una Isapre en una negociación de tipo descentralizado, haciendo que quizás no acepte los acuerdos descentralizados.

La asociación gremial, cumpliría el rol en este contexto, de hacer frente al fuerte poder de negociación que poseen las Isapres y permitir la participación de médicos de mejor calidad en este mercado, pero asegurándoles a estos últimos un flujo más alto de pacientes y una mayor difusión de su calidad como prestador (tanto a nuevos médicos como a incumbentes).

Así, si bien es cierto, la Asociación gremial no actúa sobre la existencia de prestaciones adicionales a las que cada médico ofrece como prestador individual -y que son ofrecidas por los prestadores institucionales con convenio con las Isapres-. Si permite que exista una mayor oferta de prestadores individuales, de mejor calidad y con un menor copago por parte de los afiliados por sus servicios, en un contexto de altos costos de cambio y cautividad que restringirían aún más la libre elección de los afiliados en caso de no existir.

## **5. Consideraciones Adicionales del Caso**

Como se explicó en la sección anterior, un rol fundamental que cumple la asociación gremial es hacer frente al fuerte poder de negociación que poseen las Isapres. El convenio en cuestión, lejos de ser un mecanismo colusivo para extraer rentas excesivas a los pacientes a través de una coordinación entre competidores, sirve de referencia para lograr una posición negociadora un poco más simétrica entre las Isapres y los médicos. Por otro lado, los convenios que mantiene la asociación gremial evitan que las Isapres tengan que negociar con

cada uno de los médicos por separado, disminuyendo los costos de transacción y produciendo mayores eficiencias en la industria.

Si los convenios fueran mecanismos colusivos, entonces las Isapres, al ser firmantes del supuesto acuerdo colusivo, serían también culpables de colusión (o al menos facilitadoras o cómplices según el artículo 3, letra a) del Decreto 211), lo cual resulta absolutamente inverosímil pues las Isapres tiene el objetivo de obtener rentabilidades ofreciendo el seguro de salud y no está en su objetivo el ser instrumentales para que terceros se coludan. Por el contrario, lo que sí resulta verosímil, y lo que he sostenido en el presente informe es que, a través de dichos convenios la asociación gremial logra un poder negociador suficiente para enfrentarse, quizás no de igual a igual pero si de mejor forma, al poder que tienen las Isapres en el mercado de la salud privada. El mejor ejemplo de esto aparece en el requerimiento de la Fiscalía Nacional Económica y es el caso de negociación con Consalud del año 2009 por los aranceles consulta con un piso de \$15.000, que presenta la Fiscalía Nacional Económica como “medidas de presión” en su requerimiento, caso que lejos exponer colusión alguna, expone más bien como la asociación gremial logra negociar con dicha Isapre y así poder de esta forma, proveerle a sus asociados con el convenio. Dicho caso no es más que la operatoria misma del juego de mercado entre partes negociadoras. El juego de mercado está lleno de “medidas de presión” como las presenta la Fiscalía Nacional Económica, y que para las entidades involucradas no son más que parte de las negociaciones.

Una muestra gráfica de que el convenio no tiene espíritu colusivo se observa al comparar por ejemplo el cuadro 1 y el cuadro 2 de histogramas de consultas electivas para médicos que pertenecen a la asociación gremial y para médicos que no pertenecen a la asociación gremial que preparó la Fiscalía Nacional Económica en su requerimiento (pág. 17 y 18). Si tomamos por ejemplo el año 2017, que es el último año de análisis en el requerimiento, observamos no solo que existe una mayor dispersión de masa en el caso de las consultas electivas para los médicos que no pertenecen a la asociación gremial, sino que además, en promedio, el valor de dichas consultas es mayor que el valor de las consultas de los médicos que si pertenecen a dicha asociación. Es decir, el supuesto acuerdo colusivo al que hace mención la Fiscalía Nacional Económica, sería entonces un acuerdo para cobrar menos, lo cual contraviene la



teoría económica de la colusión, pues los precios colusivos tienden por definición a ser mayores a los de un mercado en competencia.

Otro ejemplo del poder de negociación que tienen las Isapres y con el que tienen que lidiar los médicos se observa en el convenio mismo que dicha asociación tiene con alguna de las Isapres. Por ejemplo, en el convenio de prestaciones médicas entre la asociación gremial y la Isapre Cruz Blanca (que data de 1996), se observa que la Isapre define los pagos a los servicios médicos quirúrgicos a través de un “arancel Cruz Blanca” multiplicado por un factor. Sin embargo, los médicos poco tienen que decir respecto del arancel definido por la Isapre, lo cual demuestra el poder de negociación de dicha Isapre. Alternativamente, tenemos el caso de la Isapre Masvida que define los pagos por sus prestaciones médicas como el arancel FONASA por un factor (convenio que data el 2001), el cual depende del tipo de plan con el cuenta el afiliado, información que no es conocida por el médico al momento de proceder, y en consecuencia, no conoce ex-ante cuál será su pago por dicha prestación.

Adicionalmente me gustaría mencionar que, la supuesta colusión propuesta por la Fiscalía Nacional Económica requiere como condición previa que la inmensa mayoría de los médicos participe del acuerdo colusorio. Para sustentar la tesis de que la gran mayoría de ellos participan del acuerdo, la Fiscalía Nacional Económica presenta una tabla de participación de mercado a nivel de especialidad y subespecialidad, que calcula los ingresos (información provista por las Isapres) de los miembros de la asociación gremial para el periodo comprendido entre enero de 2009 a octubre de 2017 (pág. 24 del requerimiento). Dicha tabla separa los ingresos de los miembros de la asociación gremial con la de los no miembros. Mostrando por ejemplo que para el caso de la cirugía de tórax durante el año 2017, el 99% de los montos que las Isapres desembolsaron fue a médicos de la asociación gremial. Sin embargo, lo que dicha tabla no dice, es que los médicos de la asociación gremial realizan cirugías, no solo a través del convenio que la asociación mantiene con cada Isapre, sino que también a través de otras formas como por ejemplo: de forma particular (ex-post reembolso del paciente), a través de procedimientos paquetizados, a través del programa de garantías explícitas de salud (GES) y del programa de cobertura adicional de enfermedades catastróficas (CAEC), en libre elección por parte de los pacientes, obviamente también a través del convenio que mantiene la

asociación gremial y por último también a través de FONASA. Esto significa que dicha tabla, que muestra la excesiva concentración de médicos con el convenio, no representa la realidad empírica de los ingresos de los médicos, quienes aun formando parte de la asociación gremial, puede que la mayor parte de sus ingresos por cirugías provengan de operaciones GES por ejemplo. En consecuencia dicha tabla no representa la realidad de la concentración de ingresos de los médicos. Por el contrario, la tabla sobre representa la participación de mercado de las operaciones que efectivamente se realizaron por a través del convenio.

Por último, creo importante hacer notar que el gran poder de negociación de las Isapres, y que como hemos comentado antes es una de las principales razones para la existencia de los convenios, se expresa en varios otros aspectos. Por ejemplo, parece interesante leer el documento llamado “Dossier sobre la integración vertical y efectos en el sector privado de salud” preparado por el Departamentos de Estudios y Desarrollo de la Superintendencia de Salud en diciembre del 2017. En dicho documento se observa por ejemplo que en muchas prestaciones la modalidad de atención de prestador preferente es más cara que la modalidad de atención de libre elección. En particular, si vamos al anexo 4 en la página 94, podremos ver que Banmédica paga \$133.268 al prestador preferente (Clínica Dávila) por la prestación cuyo código es 408014, mientras que para esa misma prestación pero en libre elección en dicha clínica, Banmédica solo paga \$119.240. ¿Cómo puede ser que el prestador preferente sea más caro, en particular cuando dicho prestador pertenece al mismo grupo empresarial? Al mismo tiempo la bonificación de la Isapre al paciente que toma al prestador preferente es mejor, Es decir la Isapre está dejando rentabilidad en el clínica (que en este caso pertenece al mismo grupo), según se puede inferir de los datos, lo cual contraviene la idea de que la integración genera eficiencias y menores precios al final de cuentas. Con este ejemplo final solo queremos enfatizar que el verdadero problema de poder de mercado y asimetría informacional no está en los médicos ni en la asociación gremial, si no que más bien reside a nivel de las Isapres.

## 6. Conclusiones

Del análisis realizado en el presente estudio se concluye que no es aplicable la calificación de colusión al caso en cuestión debido a que los médicos pertenecientes a la asociación gremial atienden mercados segmentados por especialidad, donde no existe sustituibilidad entre ellos -Aspecto que ha sido acogido a la hora de definir el mercado relevante en fallos anteriores del Tribunal de Defensa de la Libre Competencia, como es el fallo N° 145/2015-.

La organización por parte de médicos de distintas especialidades -y no por especialidad, como ha ocurrido en otros casos de la jurisprudencia chilena (como el asociado a la sentencia N° 145/2015)-, podría dar cuenta de otras motivantes que explican tanto la existencia, como la forma en la que opera la Asociación gremial de Médicos de la quinta región. Estas motivantes producirían efectos positivos tanto a nivel estático como dinámico que deben ser considerados en función de las razones que motivan la existencia de una institucionalidad que promueve la libre competencia en los mercados – que es precisamente salvaguardar el bienestar de la sociedad en su conjunto-.

Dentro de los efectos estáticos mencionados, la Asociación gremial actuaría como una instancia coordinadora de los médicos -en cuanto prestadores individuales- frente a las Isapres, reduciendo los costos de transacción y coordinación que serían resultado de la negociación por separado. Por otra parte, para hacerse miembro de la Asociación gremial, esta impone requerimientos tales que actúa como instancia certificadora de la calidad de los profesionales que la componen, reduciendo la asimetría de información de las partes y permitiendo la libre elección de los afiliados entre prestadores individuales de alto nivel.

Dentro de los efectos dinámicos, la existencia de la Asociación gremial permite la entrada de médicos de alto nivel al mercado de los afiliados al sistema cerrado de aseguradoras privadas. Esto último, pues la estructura del mercado tiende a generar una baja intensidad competitiva en el mercado de los prestadores debido al inmenso poder de negociación que poseen las Isapres. En este contexto, la Asociación gremial -que agrupa a profesionales de

diversas especialidades- sirve como una instancia para contrarrestar el poder de negociación de las Isapres, permitiendo que médicos de mejor calidad operen bajo la cobertura de los planes, generando tanto un menor copago por parte de los afiliados, así como la posibilidad de elegir entre profesionales de mejor calidad.

Profundizar después de conversar con CM y AS.

## **Anexo. Aspectos que Reducen Competencia en el Mercado de los Seguros de Salud en Chile**

- En primer lugar, existe un problema del conocimiento de los afiliados de sus planes (problema de información asimétrica), que les impide comparar entre los distintos competidores. Los planes abarcan distintos procedimientos y prestaciones que tienen distintos niveles de cobertura que los hacen difícilmente comparables sin realizar cálculos algo complejos para el común de la población, lo cual también tienen un costo importante en términos de tiempo. El desconocimiento que tiene el consumidor respecto a las características del producto y la fijación de su precio en comparación con la competencia termina generando que muchas veces terminen eligiendo un plan cualquiera, o alguno recomendado por la persona que vende el plan, que probablemente se encuentre bajo algún esquema de incentivos para vender cierto tipo de plan y no otro.

Así, la intensidad competitiva es baja si es que los consumidores no pueden comparar entre planes según precio, calidad, etc. Ya que no los entienden, o es muy costoso adquirir toda la información para poder comparar.

- En segundo lugar, otro problema, es que a pesar de que la integración vertical entre Isapres y prestadores de salud está prohibida por ley, en la práctica opera algo muy similar ya que es muy común que las Isapres pertenezcan al mismo conglomerado económico que varios prestadores institucionales, pese a existir como personalidades jurídicas independientes. Y, de hecho, han habido acusaciones por parte de la Superintendencia de salud respecto a la presencia de altos gerentes que ocupan cargos de importancia tanto en las Isapres como en los prestadores de salud institucionales (clínicas y centros médicos).

Lo anterior es perjudicial pues como en la práctica los prestadores y las aseguradoras maximizan utilidad de forma conjunta, se crean planes con cobertura preferencial por atenderse con cierto prestador y no otro (o inclusive planes que requieren que ciertas prestaciones sean realizadas exclusivamente en ciertos centros médicos o clínicas). Ahora, como tanto el asegurador como el prestador del servicio maximizan de forma conjunta, para aquella demanda redirigida a ese centro médico o clínica, se generan incentivos para inducir a

la demanda de servicios médicos de forma innecesaria, y que es aceptada por los afiliados producto de su escaso conocimiento en temas médicos a y la asimetría de información que existe respecto a su estado de salud (el paciente no sabe qué es lo que tiene y por lo mismo acepta las prestaciones que se le ofrecen, inclusive si no son necesarias).

Por otra parte, cuando la institución que ofrece el seguro pertenece al mismo grupo que presta el servicio derivado de este, se genera un problema relativo a la información de los pacientes. Las clínicas y prestadores de salud almacenan la información relativa a la salud de los pacientes que quedará en conocimiento de las Isapres, y esta información puede ser utilizada para aumentar las primas a través de una nueva segmentación. Si bien es cierto en un mercado de seguros tradicional la segmentación (o “screening”) generalmente es un equilibrio Pareto superior al de un equilibrio de pooling. Este genera un efecto anticompetitivo derivado de que quizás para ese mismo riesgo, otro asegurador estaría dispuesto a ofrecer un contrato con una prima más baja, pero esto no se da ya que el afiliado queda cautivo (ya que quedará con una preexistencia una vez que se renegocie el contrato).

Este tipo de “integración vertical” no es del tipo de integración vertical positiva (o al menos sus efectos son muy bajos en comparación a los efectos anticompetitivos que genera) que es producto de contención de costos. Ya que no han entrado nuevos competidores a este mercado pese a que se percibe rentable, y de hecho, los precios base han ido aumentando en el tiempo, en vez de disminuir, aspecto que probablemente no responda a cambios en los fundamentales de la industria y que afectaría a todas las Isapres por igual.

- En tercer lugar, la estructura del mercado genera barreras a la entrada que son producto de la exclusión de competidores tanto por la “integración vertical” como por los planes que incentivan la demanda en prestadores con convenios de cobertura preferenciales. Esto último, tanto aguas arriba como aguas abajo. Aguas arriba, para que una Isapre pueda entrar al mercado, requerirá prestadores que estén dispuestos a operar bajo los convenios de los seguros. Esto se dificulta si es que los más grandes prestadores institucionales pertenecen a los mismos conglomerados económicos que las Isapres.

Mientras que aguas abajo, también se dificulta la entrada de nuevos prestadores tanto institucionales como particulares, ya que las Isapres poseen un volumen importante de afiliados que no cambiarán de plan o asegurador, debido a las dificultades para entenderlos o a la cautividad derivada de las preexistencias, y que mayoritariamente se atenderán en los prestadores que posean convenios con menores copagos (planes que tienden a dirigir demanda a los prestadores miembros del mismo grupo económico que la Isapre en cuestión), generando altos costos de cambio a otros prestadores, inclusive si cobran aranceles más bajos o son de mejor calidad.

Es difícil pensar en soluciones simples que alivianen en parte los problemas encontrados en esta industria. Sin embargo se pueden esbozar algunas ideas como por ejemplo generar varios planes estandarizados (ya que un solo plan no será apto para todos), sin necesidad de regular precios, sino que definiendo estos a través de las ofertas de las distintas Isapres y su interacción. Esto último podría mejorar la competencia a través de que los consumidores puedan elegir efectivamente al mejor oferente dadas sus necesidades.

Lo problemático de esto, es que podría inducir rigidez en la oferta de los planes, a través de la incapacidad para incorporar nuevas patologías sin tener algún tipo de aprobación por parte de una entidad fiscalizadora, etc. Así, la innovación se realizará en otros planes, donde los problemas originales preexistirían. En este sentido, siempre y cuando los planes incorporen un abanico amplio de prestaciones, considerando aquellas más recurrentes, podría generar mejoras en la competencia.

Por otra parte, es necesario considerar que este tipo de reforma requeriría un esfuerzo regulatorio muy importante. Y que, por otra parte, se requiere eliminar factores que generan barreras a la entrada para que sea efectiva (como los derivados de la “Integración Vertical”). De lo contrario, también se podría generar rigidez al alza en precio, producto de que la transparencia en precio en la literatura se asocia a la colusión tácita. Si es que son pocos oferentes y existen poca probabilidad de entrada de nuevos oferentes, estos efectos se intensifican.

Una segunda medida que podría generar ciertas mejoras sería la eliminación de las preexistencias como limitante para transferirse entre aseguradoras (quizás a través de la prohibición de la negativa de venta del seguro por parte de las Isapres basada en estas justificaciones). Sin embargo, esta medida sería positiva siempre y cuando exista conocimiento de la preexistencia entre ambas partes, de esta forma, estas personas pueden cambiar de Isapres a otras con mejores ofertas para su misma calificación de riesgo, y sin provocar que los costos de los planes aumenten para todos, ya que no se produciría un pooling entre los asegurados.

Una tercera medida, y sin duda de las más importantes, sería la incorporación de la prohibición de que prestadores institucionales pertenezcan al mismo conglomerado económico que las aseguradoras. Si es que esto último se cumple, y se fiscaliza correctamente, no habría necesidad de exigir la obligatoriedad de la afiliación de los planes de las Isapres a todos los prestadores que cumplan con cierto nivel de calidad, ya que las Isapres competirán por tenerlos, y no tendrán incentivos a establecer contratos con coberturas preferenciales a unos sobre otros que no obedezca a criterios económicos y de eficiencia, ya que no habrían intereses creados en la relación.

Además, a través de este último mecanismo, podrían entrar más oferentes a la Industria de las Isapres y de los prestadores de salud institucionales, aumentando la intensidad competitiva, y que es un aspecto que no se ha producido pese a las altas tasas de rentabilidad de la industria.