



## RESTRICCIONES A LA COMPETITIVIDAD EN EL MERCADO DE LOS SEGUROS OBLIGATORIOS PRIVADOS DE SALUD

Los trabajadores contratados en Chile están obligados a destinar como mínimo un 7% de su ingreso laboral bruto al aseguramiento en salud. El destino de ese 7% puede ser el seguro público (FONASA), donde se cotiza por el monto mínimo señalado o, bien de manera alternativa, un seguro privado de salud ofrecido por una Institución de Salud Previsional (ISAPRE). En este último caso, el monto de la prima parte del 7% y dependerá de las coberturas y del o los perfiles de riesgo del o los asegurados. En el caso del seguro público de salud, la contribución del 7% obligatorio es progresiva, donde el que ganas más, aporta más.

Los aportes que recibe FONASA se destinan a un fondo general que solidariza riesgos, mientras que los ingresos generados por las primas de los seguros privados se utilizan para asegurar prestaciones individuales o del grupo familiar, sin que exista solidaridad entre los afiliados a una determinada ISAPRE. Excepto para aquella parte de la prima destinada a financiar las prestaciones GES, la que se “solidariza” entre ISAPRES mediante un fondo de Compensación de Riesgos.

Además del seguro público y los seguros privados de salud, existen sistemas de aseguramiento cerrados como es el caso de las Fuerzas Armadas y de Orden.

La base de la existencia y funcionamiento de los seguros privados es la competencia. En condiciones de competencia perfecta, el solo funcionamiento del mercado permite efficientar los resultados y maximizar el bienestar social. Sin embargo, el mercado de los seguros obligatorios, al igual que otros mercados posee fallos y los supuestos de la *competencia perfecta* no se cumplen.

En la base de esos fallos, y de manera ineludible tanto para seguros públicos y privados de salud, se encuentra el riesgo moral y la selección adversa. A los que en el caso de nuestro país, se suman fallos regulatorios y de diseño. Dentro de los fallos regulatorios más importantes se cuentan: la concentración del mercado de las ISAPRES, los costos de cambios que enfrentan los afiliados, las barreras de entrada, la integración vertical y los efectos de la asimetría de información.

El rol del Estado se ha centrado en la regulación general del sector, asumiendo un rol más activo en la provisión de servicios sólo para quienes no pueden acceder a los seguros privados o en los casos que los seguros privados manifiestan desinterés debido a la baja capacidad de pago de los ciudadanos.

### CONCENTRACIÓN DEL MERCADO DE LAS ISAPRES

Bajo condiciones de competencia perfecta existen múltiples compradores y vendedores de manera que ninguno de ellos es tan “poderoso” como para fijar el precio. Sin embargo, como muestra la figura 1, esa no es la realidad del mercado de los seguros obligatorios privados de salud

**Cuadro N° 6: Participación de Mercado 2015 (número de beneficiarios)**

Isapres	Beneficiarios	Participación
<b>Isapres Abiertas</b>	<b>3.314.427</b>	<b>97%</b>
Consalud S.A.	666.359	20%
Isapre Banmédica	673.143	20%
Cruz Blanca	709.204	21%
Mas Vida	570.113	17%
Colmena Golden Cross	535.422	16%
Vida Tres	138.553	4%
Óptima	21.633	1%
<b>Isapres Cerradas</b>	<b>96.060</b>	<b>3%</b>
<b>Total Sistema</b>	<b>3.410.487</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración Isapres de Chile en base información SIS

Fuente: Informe “ISAPRES 1981 - 2015” elaborado por la Asociación de ISAPRES de Chile

El 82% de todo el mercado se lo reparten entre cuatro ISAPRES: Consalud, Banmédica, Cruz Blanca y Más Vida, actualmente llamada Nueva Más Vida. Vida Sólo UnitedHealth Group (UHG), duelo de Banmédica y Vida Tres concentra el 24% del mercado.

El Herfindahl-Hirschman Index (HHI) es un indicador que mide la concentración de un mercado y se utiliza para medir competitividad. Así un HHI menor de 1500 significa que el mercado es competitivo. Un HHI entre 1500 - 2500 considera un mercado moderadamente concentrado. Mientras que un HHI igual o mayor a 2500 es reflejo de un mercado altamente concentrado. Datos del 2019 de la Fiscalía Nacional Económica (FNE) le atribuye un HHI de 2030 al mercado donde se desenvuelven las ISAPRES.

### COSTOS DE CAMBIO

Como ya vimos, un elemento clave para que la competencia funcione, es que ninguno de los participantes del mercado sea lo suficientemente poderoso como para fijar el precio. Así los compradores pueden ejercer su poder de elegir a quien le entregarán sus votos monetarios. Sin embargo, en el mercado de las ISAPRES existen dos importantes costos al cambiarse de aseguradora.

El primero de ellos se relaciona con el costo que significa comparar y elegir un plan de salud. Según la Superintendencia de Salud (SIS), en el 2016 existían 63.316 planes de salud vigentes. El proceso de cambio es “todo un aprendizaje”. Durante la elección del nuevo plan en la nueva ISAPRE el asegurado debe comparar planes que tienen distintas coberturas; distintos copagos y topes que no se encuentran valorizados en moneda (CLP), sino que en “un valor arancel” que es propio de cada ISAPRE. Además,

poder elegir entre una red de prestadores cuya calidad es tan compleja de comparar. Y si logra sortear con éxito el proceso de elección de su plan de salud, una vez en la nueva aseguradora debe aprender sus procesos administrativos y a identificar cuáles son los prestadores preferentes.

El segundo costo se relaciona con la imposibilidad de cambiarse de aseguradora (cautividad) o bien, poder hacerlo, pero a un mayor precio, una menor cobertura o ambas debido a las preexistencias. Se estima que un 30% de los asegurados caen en la categoría de cautivos (activos o pasivos) y no pueden cambiarse de aseguradora. De ellos, aproximadamente un 33% son cautivos por vez, 44% por ser portadores de una enfermedad y 23% por la presencia de ambas.

En la medida que los costos de cambio, principalmente la elección de un plan y la cautividad, son percibidos como altos por los usuarios, desincentivan o impiden el cambio, poniendo una fuerte barrera a la competencia.

### **BARRERAS DE ENTRADA**

Otro factor que condiciona de manera importante la competencia en un mercado es la existencia de barreras de entrada a nuevos actores que puedan competir con las empresas ya existentes.

Si bien los requisitos de capital y la regulación existente no constituyen barreras de entradas relevantes (Agostini et al), las verdaderas barreras de entrada al mercado de las ISAPRES están dadas por la necesidad de una alta inversión publicitaria que permita generar posicionamiento de marca. El desarrollo de una fuerza de venta capaz de “levantarle” afiliados a otras aseguradoras de manera de alcanzar un pool atractivo que les permita conseguir una red de prestadores que les brinde precios preferenciales. Lo que hace complejo la entrada de nuevos competidores no es la particularidad de cada uno de estos factores, sino la interacción entre ellos.

Los costos de entrar en un mercado con un número reducido de participantes que se reparten una alta participación de mercado y caracterizado por la cautividad de sus clientes se refleja en el escaso o prácticamente nulo ingreso de nuevas ISAPRES en los últimos 20 años. Los nuevos actores responden a ISAPRES ya existentes que cambian de nombre al ser adquiridas por grupos económicos más poderosos y con presencia internacional.

### **INTEGRACIÓN VERTICAL**

La integración vertical ocurre cuando un mismo conglomerado o holding se hace cargo de actividades relacionadas con su ciclo de explotación que antes hacía un tercero independiente. Para ello puede crear o comprar empresas que le permitan autoabastecerse y/o hacerse cargo de la distribución de un bien o de la prestación de un servicio. La integración vertical puede ser hacia atrás o hacia arriba cuando una empresa decide autoabastecerse, por ejemplo, una clínica que decide crear una empresa de importación de insumos médicos o cuando decide crear su propio sistema de atención prehospitalaria. O bien, la integración puede ser hacia adelante o hacia abajo cuando una empresa

decide realizar además la función de distribución o venta. En nuestro caso, cuando una aseguradora de salud decide construir su propia red de prestadores o cuando una clínica decide crear su propia empresa de hospitalización domiciliaria.

El artículo 173 de la ley 20.015 señala *“el financiamiento de las prestaciones y beneficios de la Salud, así como las actividades que sean afines o complementarias a ese fin, las que en ningún caso podrán implicar la ejecución de dichas prestaciones y beneficios ni participar en la administración de prestadores.”* Según este artículo las ISAPRES deben ser de propósito exclusivo (aseguramiento). Sin embargo, las ISAPRES se las han arreglado para sortear este artículo argumentando que la ley no prohíbe la existencia de holdings que sean dueños de la ISAPRE y del prestador y que, en último término, son los holdings los que se están integrando.

En el 2017, los dueños de Consalud tenían participación en 17 clínicas extendidas en 15 ciudades, tres de ellas en Santiago. Participación que hoy lleva el nombre de Redsalud. Banmédica posee 5 clínicas, tres de ellas en Santiago, mientras que Cruz Blanca es dueño de Bupa y tres clínicas más en regiones. La integración vertical también se da entre ISAPRES y centros médicos. Consalud fusionó Megasalud con su red de clínica y las agrupó, como ya mencioné bajo un solo paraguas denominado RedSalud. Bupa (Cruz Blanca) es dueña de Integramédica, mientras que Banmédica lo es de Vidaintegra.

### **ASIMETRÍA DE INFORMACIÓN**

En el mercado de los seguros privados de salud conviven varios problemas de asimetría de información: selección adversa y riesgo moral (asegurados), demanda inducida (prestadores) y descreme (aseguradoras).

La selección adversa puede llegar a comportarse como una barrera de entrada si ella condiciona la migración de las personas más riesgosas hacia una nueva ISAPRE que está buscando atraer más clientes mejorando la cobertura de sus planes. Dado el evento casi cierto de que esto ocurrirá, los costos de operación de la nueva ISAPRE serán superiores y estará en desventajas respecto de los actores que ya participan del mercado.

Si ahora miramos el rol de la selección adversa cuando se trata de elegir entre FONASA o una ISAPRE, el comportamiento puede ser bidireccional. Los más riesgosos estarían dispuestos a pagar una ISAPRE para recibir una mejor y más oportuna atención. Por otro lado, si la enfermedad es muy costosa, la selección adversa privilegiará a FONASA, pues en la ISAPRE el gasto de bolsillo es mucho mayor.

### **RESUMEN**

En Chile, los fallos en el mercado de los seguros privados obligatorios de salud son numerosos. Por el lado de la oferta (prestadores), existen pocos actores debido a la concentración del mercado. Las barreras de entrada y la integración vertical entre aseguradoras y prestadores se encargan de

mantener concentrados a los actores, mientras que la asimetría de información se suma a las barreras de entrada.

Por el lado de la demanda (usuarios), existen importantes limitaciones a la movilidad entre ISAPRES. En un sistema concebido sobre la base de la libertad de elegir, es contradictorio que la cautividad prive a un número relevante de afiliados de migrar entre aseguradoras. O bien que se desincentive la movilidad haciendo que la elección de un nuevo plan sea una tarea tortuosa y compleja.