



INSTITUTO NACIONAL DE DEFENSA DE LA COMPETENCIA
Y DE LA PROTECCIÓN DE LA PROPIEDAD INTELECTUAL

ABOGACÍA DE LA COMPETENCIA

EN EL MERCADO DEL SEGURO REGULAR DE SALUD EN EL
SECTOR PRIVADO

Abril, 2017

INDECOPI

Abogacía de la competencia en el mercado del seguro regular de salud en el sector privado

INDECOPI, Lima, 2017.

Área: Ciencias Sociales

Formato: E-book.

Páginas: 62

Copyright © 2017 Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual (Indecopi).

Escuela Nacional de Defensa de la Competencia y de la Propiedad Intelectual

Calle De la Prosa N° 104 – San Borja, Lima, Perú.

Teléfono: (51-1) 224-7800 - Correo electrónico: escuela@indecopi.gob.pe

Síguenos: Indecopi Oficial



Sitio web: www.indecopi.gob.pe

Informe preparado por la Comisión de Defensa de la Libre Competencia del Indecopi

Edición: Sara Chávez Urbina.

Supervisión y revisión de la edición: Lucrecia Manrique Galiano, Directora (e) de la Escuela Nacional del Indecopi.

Editado en abril 2017. Primera edición digital

Diseño, diagramación y digitalización e-book: Gino Becerra Flores

ISBN N° 978-9972-664-57-1

E-Book. Esta publicación se puede consultar como un texto interactivo en:

<http://www.escuela-indecopi.com/publicaciones>

La versión electrónica permite a los profesionales e interesados en el tema compartir información y material relacionado para mejorar la experiencia de aprendizaje multimedia y el intercambio de conocimientos.

La información contenida en este documento puede ser reproducida parcialmente, mencionando los créditos y las fuentes de origen respectivas.

Indecopi adopta en sus textos la terminología clásica del masculino genérico para referirse a hombres y mujeres. Este recurso busca dar uniformidad, fluidez y sencillez para la lectura del documento. No disminuye de modo alguno el compromiso institucional en materia de equidad de género.

CONSEJO DIRECTIVO

Ivo Gagliuffi Piercechi	Presidente
Fernando Martín De la Flor Belaunde	Consejero
Laura Berta Calderón Regio	Consejera
Teresa Stella Mera Gómez	Consejera
Rafael Treistman Malamud	Consejero

CONSEJO CONSULTIVO

Richard Webb Duarte
José Ricardo Stok Capella
Alberto Nabeta Ito
María Matilde Schwalb Helguero
Catalina Chepa Guzmán Melgar

GERENTE GENERAL

Juan Joel De la Cruz Toledo

DIRECTORA (e) DE LA ESCUELA NACIONAL DEL INDECOPI

Lucrecia Manrique Galiano

CONTENIDO

Preámbulo	6
RESUMEN EJECUTIVO	7
I. INTRODUCCIÓN	10
II. OBJETIVOS	13
III. MERCADO DE SEGURO DE SALUD	15
III.1 Marco normativo peruano	20
III.1.1 El sistema de aseguramiento	20
III.1.2 Regulaciones relacionadas con la oferta	21
III.1.3 Regulaciones relacionadas con la demanda	24
III.2 Mercado de seguro de salud en el sector privado	26
III.2.1 El mercado de seguro regular	28
III.2.2 Descripción del mercado de seguro regular	33
IV. FACTORES QUE LIMITAN LA COMPETENCIA EN EL MERCADO DE SEGURO REGULAR	52
IV.1 Mecanismo de elección de EPS	53
IV.2. Costos de cambio	54
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	58



Índice de Cuadros y Gráficos

Cuadro 1	Afiliaciones según sector y IAFAS 2014	27
Cuadro 2	Atención y satisfacción del servicio en establecimientos del Minsa, Essalud y clínicas para consultas externas	30
Cuadro 3	Tiempo de demora de los consumidores para llegar desde su vivienda hasta una clínica, según ámbito	32
Cuadro 4	Movilidad en el mercado de seguro regular	37
Cuadro 5	Entidades empleadoras que ingresan al sistema EPS	38
Cuadro 6	Correlación entre el aporte promedio y el gasto promedio en prestaciones	46
Cuadro 7	Siniestralidad promedio y su desviación estándar	48
Cuadro 8	Procesos de integración vertical relacionados a las EPS	49
Cuadro 9	Siniestralidad	57
Gráfico 1	Flujo financiero y real del seguro regular	29
Gráfico 2	Número de asegurados regulares y de entidades empleadoras en el sistema EPS	34
Gráfico 3	Participación de cada EPS respecto al número de asegurados Regulares	35
Gráfico 4	Concentración del mercado de seguro regular (número de asegurados)	36
Gráfico 5	Aporte promedio por asegurado regular en el sistema EPS (S/. del 2009)	40

Gráfico 6	Número total y promedio de prestaciones de salud de los asegurados regulares	41
Gráfico 7	Número de prestaciones de salud de los asegurados regulares por departamento	42
Gráfico 8	Gasto total y por prestación de salud promedio del sistema EPS (S/. del 2009)	44
Gráfico 9	Gasto en prestaciones por asegurado promedio por EPS (S/. del 2009)	45
Gráfico 10	Siniestralidad de los asegurados regulares	47
Gráfico 11	Relación entre el número de afiliados de una EPS y su siniestralidad	57

PREÁMBULO

En sesión del 22 de diciembre de 2015, la Comisión de Defensa de la Libre Competencia aprobó el presente informe y solicitó a la Presidencia del Consejo Directivo que traslade a la Superintendencia Nacional de Salud y al Ministerio de Salud las recomendaciones señaladas en el informe, de conformidad con el literal e) del artículo 14.2 del Decreto Legislativo N° 1034, Ley de Represión de Conductas Anticompetitivas, modificado por el Decreto Legislativo N° 1205.

Miembros de la Comisión de Defensa de la Libre Competencia:

Ena Garland Hilbck, Presidenta.

Arturo Vásquez Cordano, Vicepresidente.

María del Pilar Cebrecos González, Comisionada.

Dante Mendoza Antonioli, Comisionado.



Participaron en la elaboración del informe los siguientes miembros de la Secretaría Técnica de la Comisión de Defensa de la Libre Competencia:

Jesús Eloy Espinoza Lozada, Secretario Técnico.

Humberto Ortiz Ruiz, Asesor.

Héctor Palacios Fiestas, Analista económico.

RESUMEN EJECUTIVO

En ejercicio de las facultades reconocidas en el Decreto Legislativo 1034, Ley de Represión de Conductas Anticompetitivas, la Comisión de Defensa de la Libre Competencia aprobó el Informe N° 070-2015/ST-CLC-INDECOPI de su Secretaría Técnica que contiene una abogacía de la competencia para el mercado del seguro regular de salud en el sector privado.

El aseguramiento de los servicios de salud en el sector privado constituye uno de los pilares que, conjuntamente con el seguro social de salud, consolidan el sistema de seguros de servicios de salud de nuestro país.

El objetivo de la presente abogacía de la competencia ha sido identificar posibles modificaciones al marco normativo vigente para promover la competencia en el mercado del seguro regular de salud en el sector privado. A su vez, realizar recomendaciones a los organismos gubernamentales pertinentes, con el fin de promover un desempeño más competitivo y eficiente del mercado.

Mercado de seguro de salud

En el Perú, el sistema de seguros de salud es ofrecido por las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) públicas y privadas. Las IAFAS públicas son el Seguro Integral de Salud (SIS), el Seguro Social de Salud (EsSalud), el Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL) y los Fondos de aseguramiento en salud de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú; mientras que las IAFAS privadas son las Entidades Prestadoras de Salud (EPS), Empresas de seguros, Entidades de Salud que ofrecen servicios de salud prepagados (Prepagas), Autoseguros, y Asociaciones de Fondos Regionales y Provinciales Contra Accidentes de Tránsito (AFOCAT). Ambos tipos de IAFAS deben ofrecer el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).

Las IAFAS públicas alcanzaron los 22.8 millones de afiliados, mientras que las IAFAS privadas registraron 1.2 millones de afiliados en el 2014. Por su parte, las EPS fueron las IAFAS privadas más importantes y concentraron el 70% de los afiliados del sector privado. El seguro regular explicó el 80% de los ingresos de las EPS.

Los ingresos de las IAFAS provienen del pago que realiza el afiliado o el empleador del afiliado. Los afiliados se clasifican en regulares (trabajadores dependientes básicamente) y potestativos (el resto de trabajadores). En el caso de los afiliados regulares, los empleadores se encargan de pagar el seguro de salud con un aporte del 9% de la remuneración o ingreso mensual del afiliado, el cual es destinado a EsSalud. Si los afiliados regulares desean contratar con una EPS, el 25% del aporte que el empleador destinaba a EsSalud sirve para financiar el plan con la EPS. En el caso que el afiliado regular desee contratar con una IAFAS distinta a una EPS o el afiliado potestativo desee contratar un seguro deberá financiarlo a través de sus propios recursos.

Mercado de seguro de salud en el sector privado

El mercado bajo análisis es el seguro regular brindado por las EPS. El seguro permite al afiliado regular acceder al PEAS y a las prestaciones de servicios de salud ofrecidos por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) contratadas por las EPS. El PEAS es ofrecido por las IAFAS públicas y privadas, pudiendo los afiliados regulares elegir entre ambos tipos de IAFAS. Sin embargo, las IAFAS públicas prestarían un servicio diferenciado que se refleja en los mayores tiempos para obtener atención en sus IPRESS vinculadas respecto a las IPRESS de las privadas, lo que restringiría la elección de los afiliados.

Las EPS se diferencian del resto de IAFAS privadas debido a que una parte del financiamiento del seguro de salud corre a cuenta del empleador, y las EPS cuentan con una red de atención más amplia que las Prepaga y Autoseguros. Por su parte, las EPS ofrecen el seguro regular a nivel nacional compitiendo en dicho ámbito. Así, el mercado considerado es el seguro regular brindado por las EPS a nivel nacional (mercado de seguro regular).



En el mercado de seguro regular participan cuatro EPS: Rímac, Pacífico, Mapfre y La Positiva-Sanitas siendo un mercado altamente concentrado, con un nivel de movilidad o traspasos de entidades empleadoras entre EPS bajo que alcanzó el 5% en el 2014. Por otro lado, los aportes promedio percibidos por las EPS siguieron una tendencia creciente desde el 2009. Los aportes se encuentran vinculados, entre otros factores, a las prestaciones de salud que realizan los afiliados.

Adicionalmente, una característica del mercado son los procesos de integración vertical de las EPS con las IPRESS, quienes proveen los servicios de salud. La literatura señala que la integración vertical puede mejorar la eficiencia productiva de las EPS, redundando en beneficios a sus asegurados. Sin embargo, este resultado es posible si las EPS enfrentan un entorno competitivo que les incentive a alcanzar dichas eficiencias y que las ganancias sean trasladadas a los asegurados.

Factores que limitan la competencia en el mercado de seguro regular

En el mercado de seguro regular se observa la presencia de barreras a la entrada. En primer lugar, el mecanismo de elección de EPS por parte de una entidad empleadora podría limitar la competencia en la medida que permite que estas últimas puedan elegir a las EPS que participarían del proceso de elección y que puedan renovar o ampliar la vigencia del contrato de manera indefinida si los trabajadores no solicitan la realización de un nuevo proceso de elección.

En segundo lugar, existirían ciertos costos que enfrentarían los afiliados al momento de decidir cambiar de EPS (costos de cambio). En particular, si bien las EPS compiten en base al PEAS que es un plan de salud que tiene las mismas características respecto a las condiciones que se deben cubrir, las EPS pueden introducir elementos diferenciadores respecto a la red de IPRESS que ofrecen y planes complementarios. Dichos elementos incrementan la heterogeneidad de los planes ofrecidos por las EPS y dificultan la elección por parte del afiliado.

Adicionalmente, si bien las preexistencias de las condiciones que no pertenecen al PEAS (las condiciones del PEAS no pueden ser declaradas preexistencias) deben seguir siendo cubiertas por los nuevos planes, las EPS pueden realizar un ajuste en sus primas, incremento que puede dificultar el cambio del afiliado.

La presencia de barreras a la entrada habría incidido en la reducida movilidad de los afiliados en el mercado.

Recomendaciones para incentivar la competencia

En atención a las características observadas del mercado de seguro regular que se desprenden del análisis efectuado por la Secretaría Técnica, se pueden realizar las siguientes recomendaciones con la finalidad de eliminar las barreras a la entrada, que se originan en el proceso de selección convocado por las entidades empleadoras:

- Reemplazar la disposición que establece que el proceso de selección de Entidades Prestadoras de Salud por parte de las entidades empleadoras se inicie con una carta de invitación a una o más Entidades Prestadoras de Salud, por la obligación de invitar a todas las Entidades Prestadoras de Salud presentes en el mercado.
- Modificar la disposición que establece la posibilidad de ampliar la vigencia del contrato entre las Entidades Prestadoras de Salud y las entidades empleadoras, estableciendo un plazo máximo para la ampliación de la vigencia del mismo.
- Implementar medidas para facilitar la evaluación conjunta del plan base y los planes complementarios propuestos por las Entidades Prestadoras de Salud en el marco del proceso de selección convocado por las entidades empleadoras, a fin de reducir los problemas de información que pueden enfrentar los trabajadores en el proceso de selección debido a la heterogeneidad de los planes.

I. INTRODUCCIÓN

En su rol promotor del desarrollo de una economía de mercado y del desempeño de los mercados bajo el principio de libre competencia, las autoridades de competencia pueden realizar recomendaciones y señalar criterios que contribuyan a la promoción de mercados más competitivos en beneficio de los consumidores^{1 2}.

En tal sentido, las autoridades de competencia cumplen, de un lado, un rol sancionador y de restablecimiento de la competencia en el mercado, en aplicación de las prohibiciones contenidas en la legislación de libre competencia; y, del otro, una función de promoción y difusión de una cultura de mercado.

Esta segunda labor recibe el nombre de *defensoría, abogacía o promoción de la competencia*. La *abogacía de la competencia* tiene como objeto la realización de recomendaciones tanto a autoridades públicas³ como a agentes privados para que en su ámbito de acción adopten medidas conducentes al desarrollo de mercados competitivos. Asimismo, la *abogacía de la competencia* involucra una labor de difusión de los valores intrínsecos a una cultura de competencia⁴.

En general, el término *abogacía de la competencia* hace referencia a las actividades de la autoridad de competencia relacionadas con la promoción de un entorno competitivo para las actividades económicas a través de mecanismos distintos a los de la aplicación de mandatos y sanciones, como son exhortaciones a otras entidades estatales o acciones para sensibilizar a la opinión pública respecto de los beneficios de la competencia.⁵

El aseguramiento de los servicios de salud en el sector privado constituye uno de los pilares que, conjuntamente con el seguro social de salud, consolidan el sistema de seguros de servicios de salud de nuestro país.

La promoción de la competencia en el mercado de seguro de salud en el sector privado impacta en el bienestar de los ciudadanos, a través de la obtención de un mayor número de alternativas, servicios a menores precios y mayor calidad.

¹ Respecto al marco conceptual, objetivos y beneficios sobre los consumidores de la abogacía de la competencia ver: James C. Cooper, Paul A. Pautler y Todd J. Zywicki, "Theory and Practice of Competition Advocacy at the FTC", *Antitrust Law Journal*, Vol. 72, N°. 3, 2005, pp. 1091-1112, Disponible en: http://papers.ssm.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=610586; e International Competition Network – ICN, *Abogacía de la Competencia y Política de Competencia*. Informe elaborado por el Grupo de trabajo Abogacía de la competencia de la Conferencia de la ICN, Nápoles, 2002, Disponible en: <http://www.cfc.gob.mx/images/stories/Publicaciones/Libros/InformegpoabogaciaRICE/abogacia.pdf>

² Los términos asegurados, afiliados y consumidores se utilizan de manera indistinta en el presente Informe.

³ Las que pueden tomar la forma de opiniones previas a procesos de privatización, propuestas de reformas legislativas, exhortaciones para el mejoramiento de procesos, entre otros.

⁴ Aquí se incluye una amplia gama de actividades: seminarios para representantes de empresas, abogados, jueces, académicos, etc.; comunicados de prensa sobre la aplicación de la normativa de competencia; publicación de informes anuales y directrices que recojan los criterios seguidos para resolver los asuntos de competencia, etc. Este tipo de actividades da mayor transparencia a la política de competencia y acrecienta la credibilidad y el poder de persuasión de las autoridades encargadas de velar por la aplicación y cumplimiento de la normativa de competencia. International Competition Network, 2002, op. cit., p. 4.

⁵ *Ibidem*.

Después de haber recabado y analizado diversa información relacionada con el mercado de seguro de salud en el sector privado y el marco normativo de dicha actividad, la Secretaría Técnica⁶ considera pertinente presentar a la Comisión de Defensa de la Libre Competencia (en adelante, la Comisión) las recomendaciones contenidas en el presente Informe, para la realización de una *abogacía de la competencia* con el fin de promover un desempeño más competitivo y eficiente del mercado seguro regular de salud en el sector privado en beneficio de los consumidores.

Estas recomendaciones no agotan el análisis que la Secretaría Técnica realizará sobre el mercado en cuestión, sino que, por el contrario, es una primera aproximación al sector.

De conformidad con lo dispuesto por el literal e) del artículo 14.2 del Decreto Legislativo N° 1034, Ley de Represión de Conductas Anticompetitivas, la labor de abogacía de la competencia está a cargo de la Comisión⁷.



⁶ Decreto Legislativo N° 1034, Ley de Represión de Conductas Anticompetitivas, modificado por el Decreto Legislativo 1205

Artículo 15.- La Secretaría Técnica

(...)

15.2. Son atribuciones de la Secretaría Técnica:

(...)

g) Realizar estudios y publicar informes, incluyendo actividades de investigación dirigidas a proponer a la Comisión el ejercicio de las facultades establecidas en el literal e) del numeral 14.2 del artículo 14.

⁷ Decreto Legislativo N° 1034, Ley de Represión de Conductas Anticompetitivas, modificado por el Decreto Legislativo N° 1205

Artículo 14.- La Comisión

(...)

14.2. Son atribuciones de la Comisión:

(...)

e) Sugerir, exhortar o recomendar a las entidades de la Administración Pública señaladas en el Artículo I de la Ley N° 27444 sobre la implementación de medidas que restablezcan o promuevan la libre competencia, tales como la eliminación de barreras a la entrada o la aplicación de regulación económica a un mercado donde la competencia no es posible, entre otros. La Presidencia del Consejo Directivo del INDECOPI deberá remitir las recomendaciones de la Comisión a las entidades de la Administración Pública correspondientes, las cuales deberán responder explicando su posición en relación con las propuestas planteadas en un plazo no mayor de noventa (90) días hábiles desde su notificación, bajo responsabilidad. Las recomendaciones también serán comunicadas a la Presidencia del Consejo de Ministros y al Ministerio de Economía y Finanzas; y (...)"

II. OBJETIVOS

Para cumplir con el objetivo de promover la competencia en el mercado de seguro regular de salud en el sector privado en el Perú, la presente propuesta de *abogacía de la competencia* tiene los siguientes objetivos específicos:

- (i) Evaluar las condiciones de competencia en el mercado de seguro regular de salud en el sector privado.
- (ii) Identificar posibles modificaciones al marco normativo vigente con el objeto de promover la competencia en el mercado de seguro regular de salud en el sector privado.
- (iii) Proponer a la Comisión recomendaciones para los organismos gubernamentales pertinentes, con el fin de promover un desempeño más competitivo y eficiente del mercado de seguro regular de salud en el sector privado en beneficio de los consumidores.

III. MERCADO DE SEGURO DE SALUD

Los consumidores pueden ser afectados por eventos no previstos que impactan negativamente sus condiciones de salud, y de esta forma están propensos a gastos no previstos derivados de las prestaciones de salud requeridas. La ocurrencia de dichos gastos es incierta para los consumidores, un evento riesgoso que genera pérdidas. Ante ello, los consumidores pueden contratar seguros de salud que permitan cubrir los riesgos de contraer enfermedades que generarían gastos, es decir que cubran las fluctuaciones en el ingreso de los consumidores generados por dichos eventos inciertos⁸.

Por su parte, los consumidores estarán dispuestos a pagar una prima para acceder a los seguros de salud⁹. Dicha prima, en un mercado sin imperfecciones, reflejaría el gasto esperado futuro de las prestaciones de salud que enfrentaría el consumidor y el costo de gestión de los seguros¹⁰.

Los seguros de salud se caracterizan por presentar problemas de asimetría de información entre asegurados y aseguradoras, asociados a la existencia de selección adversa y riesgo moral en la provisión del servicio.

El riesgo moral se genera en la medida que la contratación del seguro ocasiona que los asegurados se vuelvan menos conscientes de los impactos que tienen sus acciones en el riesgo de salud que enfrentan, en la medida que sólo incurren en una fracción del gasto en prestaciones en salud, y los asegurados cuentan con más información de dichas acciones que las aseguradoras. De esta forma, el riesgo moral podría generar un sobreconsumo de los servicios de salud¹¹.

El problema de riesgo moral se puede producir antes de que la enfermedad sea diagnosticada (ex ante) o en una etapa posterior (ex post). En el caso ex ante, el riesgo moral genera que los consumidores realicen menores acciones de prevención para reducir el riesgo de salud, mientras que en el escenario ex post genera un mayor uso de los servicios de salud por el menor gasto que enfrentan los asegurados gracias a la cobertura del seguro¹². Las aseguradoras pueden utilizar distintos mecanismos para reducir dicho problema, mecanismos que reduzcan el gasto en salud¹³. Sin embargo, las aplicaciones de dichos mecanismos pueden desincentivar el consumo de servicios de salud más allá de un nivel eficiente¹⁴.

⁸ El seguro puede distribuir el riesgo financiero asociado a los gastos de salud agrupando los costos en el tiempo o entre distintos individuos. Organization for Economic Cooperation and Development – OECD, Private Health Insurance in OECD Countries OECD Health Project, 2004, p. 26.

⁹ Para acceder al seguro los consumidores pagan un monto fijo, una prima, que no depende de la ocurrencia de los eventos adversos a la salud. Asimismo, el esquema puede implicar que el asegurado pague un monto variable que depende de la ocurrencia de dichos eventos denominado copago. Sherman Folland, Allen C. Goodman, y Miron Stano, *The Economics of Health and Health Care*, Pearson Prentice Hall, 2007, p. 150.

¹⁰ La prima actuarial o pura es igual al gasto esperado futuro de los servicios de salud. Sherman Folland et al., *Ibidem.*, pp. 148-155.

¹¹ Los asegurados tienen una demanda de servicios de salud menos elástica que los no asegurados. Mark V. Pauly, *The Economics of Moral Hazard: Comment*, *The American Economic Review*, Vol. 58, N° 3, Parte 1, 1968, pp. 531-535.

¹² Peter Zweifel, Friedrich Breyer y Mathias Kifmann, *Health Economics*, Segunda Edición, Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2009, p. 204

¹³ Por ejemplo, aplicando un deducible. Steven Shavell, *On Moral Hazard and Insurance*, *The Quarterly Journal of Economics*, Vol. 93, N° 4, 1979, pp. 541-562.

¹⁴ El uso de deducibles, copagos, y coaseguros puede generar que el aseguramiento ofrecido sea incompleto. Barbara Wolfe, *Health Economics*. En: Steven N. Durlauf y Lawrence Blume, *Palgrave Dictionary of Economics*, Segunda Edición, 2008, p. 868. Asimismo, las aseguradoras pueden utilizar las mismas herramientas (oferta y demanda) para evitar atraer a consumidores con alto riesgo de salud.

La selección adversa¹⁵ ocurre cuando los asegurados tienen distintos tipos de riesgo de salud (probabilidad de contraer una enfermedad) y cuentan con más información del tipo de riesgo que las aseguradoras. Ello genera que las aseguradoras no puedan identificar de manera perfecta la clase de riesgos de sus clientes. En el caso que las aseguradoras ofrezcan contratos a los asegurados que no consideren la heterogeneidad de los riesgos de la salud se puede generar un problema de subcobertura^{16 17}.

Una forma de enfrentar el problema de selección adversa es que las aseguradoras ofrezcan contratos con diferentes niveles de cobertura de riesgos de salud a los asegurados. Los asegurados de alto riesgo estarán dispuestos a aceptar un contrato que les permita cubrir su mayor riesgo (un contrato más completo o generoso), mientras que los asegurados menos riesgosos estarán dispuestos a aceptar un contrato con menores coberturas de salud.

Luego, las aseguradoras pueden ofrecer contratos que incentiven a los asegurados seleccionar el correspondiente a su nivel de riesgo de salud (autoselección). Los asegurados más riesgosos elegirán un seguro más generoso (en el extremo, un seguro que cubra todas las contingencias) mientras que los asegurados menos riesgosos elegirán un seguro parcial¹⁸, y las aseguradoras determinarán primas que reflejen el costo diferenciado de los distintos tipos de riesgos de la salud¹⁹.

Así, el mercado de seguro estará sujeto a la selección de contratos, donde el valor de las primas reflejará diferenciales de costos y el estado de salud de los consumidores.

Wynand P.M.M. van de Ven y Randall P. Ellis, Risk Adjustment in Competitive Health Plan Markets. En: Anthony J. Culyer y Joseph P. Newhouse, Handbook of Health Economics, Elsevier, 2000, pp. 759-760.

- ¹⁵ Este fenómeno hace referencia a una ventaja de información de los asegurados sobre los aseguradores. En otras palabras, los asegurados disponen de información relativa a su riesgo que el asegurador no puede observar, como su estado de salud, los antecedentes en su familia, entre otros.
- ¹⁶ Si los seguros ofrecen un mismo contrato a todos los consumidores se generaría un problema de subcobertura del seguro de salud donde los asegurados más riesgosos tenderán a contratar el servicio y los asegurados menos riesgosos no lo harán por ser muy oneroso. Por ejemplo, en un escenario de monopolio los asegurados menos riesgosos pueden inclusive preferir no contratar el seguro. Martin Gaynor y William B. Vogt, Antitrust and Competition in Health Care Markets. En: Anthony J. Culyer y Joseph P. Newhouse, Handbook of Health Economics, Vol. 1, 2000, pp. 144-145. En un contexto dinámico, las aseguradoras incluirán los mayores costos del sistema derivados de la mayor cobertura de consumidores de alto riesgo, que se pueden reflejar en las mayores primas cobradas. Ello desincentivará aún más a los consumidores de bajo riesgo y puede tener como efecto la desaparición de contratos más generosos.
- ¹⁷ Una forma de enfrentar el problema descrito es estableciendo la obligatoriedad del seguro.
- ¹⁸ Dicho resultado corresponde al criterio marginalista, donde el precio que pagan los consumidores está en función al costo marginal de la prestación. Los consumidores con mayor riesgo de salud enfrentarán un gasto mayor en prestaciones de salud lo que se reflejará en el valor de la prima. Peter Zweifel et. al., 2009, p. 253.
- ¹⁹ Las aseguradoras pueden utilizar una serie de estrategias para que las primas reflejen el costo esperado de los distintos tipos de riesgos: ranking de riesgos (ajustando la prima según nivel de riesgo), segmentación de riesgo (ajustando las características del producto según nivel de riesgo), y selección de riesgo (ajustando el riesgo aceptable). La evidencia señala que el ranking de riesgos no es utilizado en la práctica ya que la aseguradora no cuenta con la información necesaria. Por su parte, la segmentación de riesgos y la selección de riesgos permiten a las aseguradoras ofrecer productos diferenciados que faciliten la autoselección, pero pueden generar que la cobertura total de riesgos de salud no sea disponible en el mercado. La segmentación de riesgos hace menos disponible el acceso a los seguros a los consumidores de alto riesgo de salud, mientras que la selección de riesgos los excluye. Wynand P.M.M. van de Ven y Frederik T. Schut, Guaranteed Access to Affordable Coverage in Individual Health Insurance Markets. En: Sherry Glied y Peter C. Smith, The Oxford Handbook of Health Economics, Oxford University Press, 2013, pp. 380-383.

El escenario señalado puede generar un problema de eficiencia. En los mercados de seguros de salud la cobertura del riesgo de salud está vigente durante el periodo contractual (usualmente es de un año).

Por otro lado, el tipo de riesgo de la salud que enfrenta un consumidor no es invariable en el tiempo. Un consumidor de bajo riesgo de salud en un periodo contractual que enfrenta una enfermedad sería se convierte en uno de alto riesgo para el siguiente periodo. Ello generará que el seguro incremente el valor de la prima o que realice estrategias para no renovar el contrato a dicho consumidor.

El esquema establecido por las aseguradoras reduce el acceso al seguro a los consumidores de alto riesgo y, en el extremo, los puede excluir del mercado. Así, los consumidores de alto riesgo no podrán cubrir el riesgo financiero generado por el futuro alto riesgo de salud que pueden enfrentar, produciéndose un resultado ineficiente²⁰.

Otra forma de selección contractual es la selección de riesgos. Las aseguradoras pueden establecer mecanismos para diferenciar los distintos tipos de riesgos de salud de los consumidores.

Las aseguradoras pueden preferir consumidores menos riesgosos respecto a los más riesgosos dentro de un grupo de consumidores que pagan una misma prima en la medida que obtienen mayores beneficios, generándose el descreme del mercado.

Los consumidores más riesgosos tendrán problemas para acceder a los seguros de salud debido a que las aseguradoras no tendrán incentivos de ofrecer seguros que reflejen las preferencias de los consumidores más riesgosos, reduciendo la calidad de la prestación²¹. Los problemas de selección afectan especialmente a los seguros individuales, pero también a los seguros contratados por pequeños empleadores²².

La mayoría de estudios empíricos se enfocan en analizar el impacto de los problemas de asimetría de información en los resultados de mercado. Sin embargo, un menor número de estudios analizan el papel de la competencia en los mercados de seguros debido a la dificultad de obtener información para construir indicadores de precios o cuotas de mercado, y por la heterogeneidad de la demanda (empleadores e individuos)²³.

²⁰ Para evitar los cambios de primas y la pérdida del seguro se podría establecer un contrato que ofrezca compensaciones (de suma alzada) equivalentes al valor presente del incremento de los gastos futuros en las primas que enfrenten los asegurados. Sin embargo, en la práctica este tipo de seguro no es brindado por las aseguradoras debido a la incertidumbre sobre el gasto futuro generada por una enfermedad grave. Joseph P. Newhouse, *Health Economics*, En: Steven N. Durlauf y Lawrence Blume, *Palgrave Dictionary of Economics*, Segunda Edición, 2008, p. 873. El resultado es ineficiente en la medida que no existe mercado de seguros para los consumidores de alto riesgo de salud. A ello, se debe sumar el hecho que la condición de alto riesgo de salud puede no depender de las acciones de los consumidores si se debe a factores aleatorios (por ejemplo, selección genética). Así, el problema señalado puede ser visto como una ineficiencia debido a que no existe un mercado para asegurarse contra el mal riesgo o la mala selección genética. Cutler, D.M., y R.J. Zeckhauser, *The Anatomy of Health Insurance*, En: Anthony J. Culyer y Joseph .P Newhouse, *Handbook of Health Economics*, 2000, pp. 606-624.

²¹ La selección de riesgos se puede implementar de distintas formas: concentrando la prestación del servicio en zonas que tengan condiciones sanitarias favorables, dirigiendo la publicidad a las personas más saludables, buscando que una persona de alto riesgo con cobertura se desplace a otro seguro, entre otros. Wynand P.M.M. van de Ven y Randall P. Ellis, 2000, op. cit., pp. 773-774.

²² Joseph P. Newhouse, 2008, op. cit, p. 873.

²³ Martin Gaynor y Robert J. Town, *Competition in Health Care Markets*. En: Mark V. Pauly, Thomas G. McGuire, y Pedro Pita Barros, *Handbook of Health Economics*, Parte 2, Elsevier, 2012, pp. 605-607.

Por otra parte, debido a la existencia de las fallas mencionadas anteriormente, en la mayoría de países el aseguramiento en salud está regulado por el Estado, el cual también interviene en el mercado proveyendo aseguramiento en salud²⁴. Así, en la mayoría de países se puede observar una estructura mixta en la provisión del bien donde participan el sector público y privado, donde el sector privado asegura en algunos casos hasta al 30% de la población²⁵.

La participación del sector privado dentro del mercado de aseguramiento en salud puede variar desde la provisión de aseguramiento de riesgos complementarios, como salud dental u oftalmológica, hasta la provisión del seguro básico, similar al ofrecido por el sector público, a ciertos grupos poblacionales²⁶.

Al respecto, si bien se considera que el sector privado puede ser una alternativa para el financiamiento eficiente del seguro de salud, generando mayor innovación y diversidad de productos que están más acorde con las preferencias de la demanda respecto al sector público; también hay críticas en relación al funcionamiento del sector privado debido a que pueden centrar su atención en la población más saludable, y competir de manera limitada en el mercado²⁷.

Asimismo, el tipo de competencia puede no ser el deseado si la misma se enfoca en realizar estrategias de selección de riesgo que excluyan a los consumidores con mayor riesgo de salud. Al respecto, en el corto plazo puede darse un trade-off entre las acciones destinadas a la selección de riesgos y las requeridas para obtener costos eficientes en la provisión del seguro.

En particular, las aseguradoras pueden enfocarse en estrategias de descarte (selección de riesgos), de forma tal que los planes de salud ineficientes tengan una mayor importancia que los planes eficientes, generándose una pérdida de eficiencia social²⁸.

Los estudios empíricos señalan la importancia de la promoción de medidas que incentiven una mayor competencia y permitan reducir el poder de mercado de las aseguradoras, que sería una de las principales fuentes de ineficiencia²⁹.

En ese sentido, resulta de interés analizar las condiciones de competencia del seguro de salud en el sector privado.

A continuación, se describirá el marco normativo aplicable al sistema de aseguramiento, y el rol que cumple el sector privado.

²⁴ Los mercados de salud presentan problemas de asimetría de información y otras fallas de mercado. Sin embargo, ello no justifica la provisión pública de todos los servicios. El Estado puede intervenir a través de medidas regulatorias que permitan alcanzar una asignación eficiente de recursos. Peter Zweifel, Friedrich Breyer y Mathias Kifmann, 2009, Op. Cit., p. 157-199.

²⁵ OECD, 2004, op. cit., p. 9.

²⁶ OECD, 2004, op. cit., p. 15.

²⁷ OECD, 2004, op. cit., p. 224.

²⁸ Wynand P.M.M. van de Ven y Randall P. Ellis, 2000, op. cit., p. 776.

²⁹ El poder de mercado sería una fuente importante de pérdida social, mientras que la presencia de selección adversa reduce los efectos negativos del poder de mercado. Por su parte, la competencia genera la reducción de precios. Martin Gaynor y Robert J. Town, 2012, op. cit, pp. 605-607.

III.1. Marco normativo peruano

III.1.1. El sistema de aseguramiento

El sistema de aseguramiento de servicios de salud en el Perú está constituido por las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (en adelante, IAFAS) que fueron creadas por la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud (en adelante, Ley N° 29344). El Decreto Legislativo N° 1158 amplía la definición que le otorgó la Ley N° 29344 quedando establecidas como aquellas entidades o empresas públicas, privadas o mixtas, creadas o por crearse, que reciban, capten y/o gestionen fondos para la cobertura de las atenciones de salud o que oferten cobertura de riesgos de salud, bajo cualquier modalidad.

El Decreto Legislativo N° 1158 menciona diez tipos de IAFAS, las cuales son:

- i. Seguro Integral de Salud (en adelante, SIS);
- ii. Seguro Social de Salud (en adelante, EsSalud);
- iii. Fondo Intangible Solidario de Salud (en adelante, FISSAL);
- iv. Fondos de aseguramiento en salud de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú (en adelante, FAA-PNP);
- v. Entidades Prestadoras de Salud (en adelante, EPS);
- vi. Empresas de seguros que oferten cobertura de riesgos de salud de modo exclusivo o en adición a otro tipo de coberturas (en adelante, Aseguradoras);
- vii. Asociaciones de Fondos Regionales y Provinciales Contra Accidentes de Tránsito (en adelante, AFOCAT);
- viii. Entidades de Salud que ofrecen servicios de salud prepagadas (en adelante, Prepagas);
- ix. Autoseguros y fondos de salud, que gestionen fondos para la cobertura de salud de modo exclusivo o en adición a otro tipo de coberturas (en adelante, Autoseguros); y
- x. Otras modalidades de aseguramiento público, privado o mixto distintas a las señaladas anteriormente.

De estas diez IAFAS, las cuatro primeras pertenecen al ámbito público mientras que las otras seis al privado. En relación a las IAFAS del sector privado (en adelante, IAFAS privadas) se puede señalar que:

- Las EPS fueron creadas en el año 1997 con la aprobación de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud (en adelante, Ley N° 26790) y su Reglamento (Decreto Supremo N° 009-97-SA) con la finalidad de aliviar la demanda por atenciones de salud de capa simple en la red de EsSalud. En estas normas se estableció que las EPS son empresas e instituciones públicas o privadas, distintas de EsSalud, cuyo único fin es prestar servicios de atención de salud con infraestructura propia y/o de terceros, sujetándose a los controles de la autoridad regulatoria que actualmente es la Superintendencia Nacional de Salud (en adelante, Susalud).
- Las Aseguradoras fueron creadas en el año 1996 mediante la Ley General del Sistema Financiero y del Sistema de Seguros y Orgánica de la Superintendencia de Banca y Seguros (Ley N° 26702). Las Aseguradoras tienen por objeto celebrar contratos mediante los cuales se obliga, dentro de ciertos límites y a cambio de una prima, a indemnizar un determinado daño, o a satisfacer un capital, una renta u otras prestaciones pactadas, en el caso de ocurrir un determinado suceso futuro e incierto. Se encuentran bajo la regulación, supervisión y fiscalización de la Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones (en adelante, SBS).
- Las AFOCAT fueron creadas en el año 2006 a partir de la Ley N° 28839 que modificó algunos aspectos de la Ley General de Transporte y Tránsito Terrestre (Ley N° 27181). Los AFOCAT son personas de naturaleza jurídica privada que se encargan de administrar los fondos regionales

o provinciales contra accidentes de tránsito, conformados por los aportes de sus miembros o asociados. Se encuentran bajo la regulación, supervisión y fiscalización de la SBS.

- Las Prepagas fueron creadas mediante la primera disposición complementaria del Reglamento de la Ley N° 26790. Sin embargo, en el año 2006 se inicia un proceso para normarlas adecuadamente con la Resolución de Superintendencia N° 010-2006-SEPS/CD. La Resolución N° 031-2014-SUSALUD/CD define que una Prepaga es una entidad o empresa que administra fondos de aseguramiento en salud, bajo la modalidad de pago regular o anticipado prestando los servicios ofertados en su cobertura a través de infraestructura propia o contratada con terceros.
- Los Autoseguros fueron establecidos en el año 2010³⁰ mediante la Ley N° 29344 como una de las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud que estaban sujetas a dicha ley. La Resolución N° 031-2014-SUSALUD/CD define el Autoseguro como el seguro de salud de un grupo profesional, un grupo de trabajo, o una entidad o sociedad organizada que se genera con cargo al aporte de sus miembros pudiendo contar con la eventual participación de la entidad empleadora asumiendo directamente el riesgo del aseguramiento en salud de sus miembros.

Las IAFAS públicas y privadas están reguladas por Susalud que, mediante Decreto Legislativo N° 1158 publicado en el año 2013, sustituyó a la denominada Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud. Entre las principales funciones relacionadas con las IAFAS están:

- Supervisar que el uso de los recursos destinados a la provisión de los servicios de salud garantice la calidad, oportunidad, disponibilidad y aceptabilidad de las prestaciones.
- Regular, supervisar, autorizar y registrar a las IAFAS.
- Identificar las cláusulas abusivas en los contratos o convenios que suscriben las IAFAS con los asegurados o entidades que los representen.



III.1.2. Regulaciones relacionadas con la oferta

La regulación respecto de las características de los productos que las IAFAS pueden ofrecer se encuentra en la Ley N° 29344 y su Reglamento. En dichas normas se establece que las IAFAS deben ofertar el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (en adelante, PEAS), sin embargo, también pueden ofertar planes complementarios siempre que no condicionen el otorgamiento de la cobertura del PEAS a la contratación de coberturas adicionales.

Las coberturas adicionales al PEAS que las IAFAS ofrezcan estarán comprendidos en planes complementarios. Dentro de estos planes se pueden incluir condiciones de la denominada capa compleja³¹. Los afiliados tienen libertad para acogerse a los planes complementarios. Dos ejemplos de planes complementarios serían los ofrecidos por las AFOCAT por la ocurrencia de un accidente de tránsito, o los Seguros Complementarios de Trabajo de Riesgo (en adelante, SCTR) que aseguran ciertas condiciones derivadas de la realización de trabajos riesgosos.

El PEAS es el plan de aseguramiento en salud que contiene la lista priorizada de condiciones asegurables e intervenciones que como mínimo son financiadas por la IAFAS a todos los asegurados en

³⁰ Aunque fue considerado dentro de las IAFAS recién en el año 2010, este sistema ya había venido desarrollándose años atrás sin haber sido regulado.

³¹ El Reglamento de la Ley N° 26790 definió a la capa compleja como el conjunto de intervenciones de salud de menor frecuencia y mayor complejidad que están a cargo del Instituto Peruano de Seguridad Social (EsSalud en la actualidad).

el país. Su elaboración está a cargo del Ministerio de Salud³². El PEAS debe ser evaluado cada dos años pudiendo reformularse para incluir progresivamente más condiciones de salud. Actualmente está vigente el PEAS aprobado mediante Decreto Supremo N° 016-2009-SA que contiene cinco grupos de condiciones: (i) obstétricas y ginecológicas; (ii) pediátricas; (iii) neoplásicas (tumores), (iv) transmisibles; y (v) no transmisibles.

Además, el Reglamento de la Ley N° 29344 establece que las condiciones asegurables contenidas en el PEAS no son pasibles de exclusión en caso de ser declaradas como preexistencias³³. Los planes complementarios podrán incorporar el criterio de enfermedad o dolencia preexistente para los afiliados bajo ciertas condiciones establecidas en el Reglamento antes señalado³⁴.

Por otra parte, respecto de la regulación sobre la creación de IAFAS, es necesario presentar una serie de requisitos ante Susalud de acuerdo al Reglamento de Autorización de Organización, Funcionamiento y Registro de las IAFAS aprobado por la Resolución de Superintendencia N° 0161-2011-SUNASA/CD. Los requisitos son:

- En primer lugar, se debe presentar la Solicitud de autorización de organización que exige cumplir ciertos requisitos dependiendo del tipo de IAFAS que la solicite. En general, se presenta información sobre los organizadores³⁵, las operaciones y servicios que prestará, el ámbito geográfico donde se desarrollarán sus operaciones y su capital mínimo, entre otros. En particular, las EPS y Prepagas deben presentar un estudio de factibilidad económico financiero, mientras que las AFOCAT y las Aseguradoras que se encuentran bajo el ámbito de la SBS se rigen por las disposiciones que ésta establezca.
- Luego de iniciado el trámite de autorización de organización, Susalud verificará la información y de encontrar observaciones notificará a los organizadores para que las subsanen en no más de diez (10) días calendario. A continuación, Susalud dispondrá que los organizadores publiquen su solicitud para que los interesados formulen objeciones en un máximo de quince (15) días calendario.
- Si se presentaron objeciones, los organizadores tendrán diez días (10) calendario para subsanarlas, posteriormente Susalud tendrá quince (15) días calendario para conceder o denegar la autorización de organización.
- Luego de obtener la autorización de organización, las IAFAS deben presentar una Solicitud de autorización de funcionamiento donde detallan aspectos relacionados con la atención de reclamos, los planes de salud que ofrecerá, entre otros. Susalud tendrá treinta (30) días calendario

³² Mediante el Reglamento de la Ley N° 29344 se estableció que el PEAS reemplazaba a la capa simple y al Plan Mínimo de Atención definidos en los literales f) y h) del Reglamento de la Ley N° 26790. Dicho reglamento definía a la capa simple como el conjunto de intervenciones de salud de mayor frecuencia y menor complejidad que podían ser prestadas por el Instituto Peruano de Seguridad Social (EsSalud en la actualidad) o por las Entidades Empleadoras a través de servicios propios o de planes contratados con una EPS; por otro lado el Plan Mínimo de Atención se definió como el conjunto de intervenciones de salud que como mínimo deben estar cubiertas por los planes de salud ofrecidos por el Seguro Social en Salud.

³³ Una preexistencia es aquella enfermedad o condición que se ha iniciado o diagnosticado antes de la contratación del plan de salud o dentro del período de carencia.

³⁴ Por ejemplo, no se pueden excluir las preexistencias si al momento de su diagnóstico, el asegurado estaba bajo la cobertura de un plan y que hayan transcurrido noventa (90) días desde la afiliación a dicho plan.

³⁵ Se denomina organizador a la persona natural o jurídica que constituye o funda una IAFAS.

para concederla o denegarla. Si es denegada, los organizadores tendrán treinta (30) días calendario para realizar las subsanaciones correspondientes.

Así, el plazo desde la Solicitud de autorización de organización por los organizadores de una IAFAS hasta la aprobación de la Solicitud de autorización de funcionamiento por parte de Susalud es de cincuenta y cinco (55) días calendario mínimo y ciento diez (110) días calendario máximo según el marco normativo vigente.

Respecto de la infraestructura, la Ley N° 29344 exige que las IAFAS deberán garantizar la prestación del PEAS a sus afiliados a través de su infraestructura propia o la contratada con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (en adelante, IPRESS).

Para ello, las IAFAS tendrán libertad de contratar con las IPRESS de su elección para la conformación de sus redes de prestación de servicios de salud con la única restricción de que estén registradas en Susalud.

Las IAFAS establecen una relación contractual con las IPRESS para la prestación de los servicios de salud para sus asegurados sin la cual no se podría ofrecer el seguro de salud.

Cabe precisar que hasta el año 2014 las EPS tenían una regulación adicional. Según lo establecido en el artículo 59 del Reglamento de la Ley N° 26790, las EPS debían poseer infraestructura propia suficiente para atender directamente al menos al 30% de la demanda de prestaciones de sus afiliados.

La resolución de Superintendencia N° 021-98-SEPS/CD definió como infraestructura propia a toda aquella que sea operada bajo la dirección y responsabilidad de una EPS, aunque la misma sea de propiedad de terceras personas (control directo) o aquella que se encuentre únicamente bajo la dirección y responsabilidad de una EPS durante un lapso determinado de tiempo, sin que se requiera que tal situación revista carácter permanente (control exclusivo).

Con la información sobre la infraestructura propia, la EPS podía calcular su capacidad máxima de afiliación. El procedimiento para determinar la capacidad fue establecido mediante resolución de Superintendencia N° 028-2001-SEPS/CD. El cálculo era necesario para que una EPS pueda solicitar su autorización de funcionamiento, una autorización de operación en un nuevo ámbito geográfico o una autorización de ampliación de capacidad de afiliación. La capacidad máxima de afiliación debía ser calculada para cada provincia excepto para Lima y Callao que se consideran como una sola.

En el año 2014, mediante resolución de Superintendencia N° 027-2014-Superintendencia Nacional de Salud/CD se acordó derogar los procedimientos administrativos para solicitar la ampliación de capacidad máxima de afiliación de las EPS y para obtener autorización de operación en un nuevo ámbito geográfico (Resolución de Superintendencia N° 008-99-SEPS). De esta forma se eliminaba el requisito de poseer mayor infraestructura propia que debía cumplir una EPS si deseaba ampliar sus operaciones. Esta medida buscó facilitar el acceso de las EPS a la población residente en el territorio nacional al no restringir la capacidad máxima de afiliación de ellas.

Por último, las EPS, Prepagas y Autoseguros deben cumplir ciertos estándares establecidos por Susalud sobre solvencia patrimonial, obligaciones técnicas y cobertura de respaldo. En general, el Reglamento de Solvencia Patrimonial, Obligaciones Técnicas y Cobertura de Respaldo para IAFAS Privadas y Mixtas (Resolución de Superintendencia N° 020-2014-SUSALUD/S) establece montos mínimos y/o máximos y reglas de cálculo para el patrimonio efectivo, el patrimonio de solvencia, el margen de solvencia, las reservas técnicas y los límites de endeudamiento que deben mantener. Para el caso de las Aseguradoras y AFOCAT, deben cumplir con lo dispuesto por la SBS.

III.1.3. Regulaciones relacionadas con la demanda

La Ley N° 29344 creó tres regímenes de contribución para el financiamiento de servicios de salud: subsidiado, semicontributivo y contributivo³⁶. Las IAFAS privadas se encuentran comprendidas dentro del régimen contributivo, es decir, las personas financian sus servicios a través de un pago, ya sea por cuenta propia o de su empleador.

La Ley N° 26790 determinó que los asegurados pertenecientes al régimen contributivo son los afiliados regulares y potestativos, así como sus derechohabientes³⁷. Los afiliados regulares pueden ser: (i) los trabajadores activos que laboran bajo relación de dependencia o en calidad de socios de cooperativas de trabajadores; (ii) los pensionistas que perciben pensión de jubilación, incapacidad o sobrevivencia; y (iii) los trabajadores independientes que sean incorporados por mandato de una ley especial. Los afiliados potestativos son todos aquellos no comprendidos en la clasificación de afiliado regular³⁸.

La Ley N° 26790 estableció el mecanismo de aporte de los asegurados bajo el régimen contributivo. En el caso de los afiliados regulares el aporte equivale al 9% de la remuneración o ingreso mensual, siendo la entidad empleadora la encargada de declararlos y pagarlos en su totalidad a EsSalud sin efectuar retención alguna a los trabajadores³⁹. Para el caso de los afiliados potestativos, el aporte es el que corresponde al plan elegido por ellos el cual es pagado a las IAFAS contratadas.

Adicionalmente, se estableció que para los afiliados regulares las entidades empleadoras que otorguen coberturas de salud a sus trabajadores en actividad mediante servicios propios o a través de planes o programas de salud contratados con EPS gozarían de un crédito equivalente al 25% sobre el 9% (2.25%) de la remuneración o ingreso mensual del trabajador. Este crédito puede ser utilizado solamente para cubrir el monto de las prestaciones de salud otorgadas a sus trabajadores, en el caso que se utilice infraestructura propia, o para financiar el plan contratado con la EPS.

De esta manera, las EPS son las únicas IAFAS que pueden acceder al crédito que obtienen las entidades empleadoras sobre los aportes que ellas deben hacer a EsSalud. Ello aplicaría en el caso que las entidades otorguen coberturas de salud a sus trabajadores en actividad mediante contratos con las EPS. En resto de IAFAS solo pueden financiarse mediante los aportes de los asegurados potestativos afiliados. Así, los afiliados regulares que eligen una EPS financian sus aportes a la EPS con dos fuentes: el 2.25% de la remuneración o ingreso mensual pagado por su empleador y con sus propios recursos. En el caso que los afiliados potestativos quieran afiliarse a otras IAFAS los aportes son financiados únicamente con sus propios recursos.

La Ley N° 26790 determinó que una entidad empleadora accederá al crédito sobre las aportaciones a EsSalud si contrata el plan y la EPS elegidos por mayoría absoluta de sus trabajadores mediante votación universal. El proceso de elección de la EPS está normado mediante el Reglamento del Proceso

³⁶ Los otros dos regímenes creados por la Ley 29344 son: (i) el régimen subsidiado, que comprende a las personas afiliadas a las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud por medio de un financiamiento público total; y (ii) el régimen semicontributivo, que comprende a las personas que están afiliadas a las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud por medio del financiamiento público parcial y aportes de los asegurados y empleadores, según corresponda. Por otro lado, en la Ley N° 26790 solo se había establecido un régimen de financiamiento al cual se le denominaba Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud.

³⁷ Estos regímenes solo aplican para los beneficiarios del PEAS según lo establecido en la Ley N° 29344.

³⁸ Los trabajadores independientes, salvo lo señale la ley, están comprendidos en el régimen potestativo.

³⁹ Para el caso de los afiliados regulares pensionistas, el aporte equivale al 4% de la pensión y es responsabilidad de la entidad empleadora, de la Oficina de Normalización Previsional o de la Administradora de Fondos de Pensiones, la afiliación, retención, declaración y pago total.

de Elección de la EPS y del Plan de Salud para Asegurados Regulares y Disposiciones sobre el Plan de Salud para Asegurados Regulares (Resolución N° 0142-2011-SUNASA/CD).

La Resolución N° 0142-2011-SUNASA/CD establece que el proceso de selección de las EPS está a cargo de la entidad empleadora. La convocatoria al proceso de selección se efectúa por iniciativa propia de la entidad empleadora o por la solicitud del 20% de los trabajadores del centro de trabajo.

El proceso de selección se inicia cuando la entidad empleadora remite una carta de invitación a una o más EPS. Durante el proceso de selección la entidad empleadora no podrá realizar acciones que impliquen preferencia, ventaja o discriminación para alguna de las participantes. De igual manera, las EPS que participan del proceso de elección deben abstenerse de llevar a cabo campañas que pretendan inducir el voto de los trabajadores. Luego de la invitación que realiza la entidad empleadora, las EPS invitadas están obligadas a cotizar el plan de salud y deberán entregar sus ofertas en un sobre cerrado que se abrirá en un acto público en el cual tienen derecho a participar los representantes de las EPS y de los trabajadores.

Posteriormente, la entidad empleadora deberá poner en conocimiento de los trabajadores la información que las EPS han remitido, así como el cronograma de elecciones. Se declarará como ganadora a la EPS que obtenga la mayoría absoluta de los votos válidamente emitidos por los trabajadores.

El plan de salud que ofrece la EPS ganadora del proceso de selección debe contener como mínimo las condiciones asegurables contenidas en el PEAS. El crédito que la entidad empleadora puede obtener de los aportes que hace a EsSalud, que equivale al 2.25% de la remuneración o ingresos de los trabajadores, solo puede ser utilizado para cubrir dichas condiciones quedando prohibido de financiar condiciones adicionales a este. En ningún caso se puede declarar como preexistencias pasibles de exclusión a las condiciones asegurables contenidas en el PEAS.

La entidad empleadora puede cambiar de EPS si se termina la vigencia del plan de salud contratado por la entidad empleadora, o si lo solicita el 50% más uno de los trabajadores afiliados al plan contratado. En estos casos, la entidad empleadora convocará a una nueva votación para la selección de una nueva EPS⁴⁰.

Por lo señalado se puede concluir que solo tres de las IAFAS privadas están reguladas por Susalud, estas son las EPS, Autoseguros y Prepagas. Las AFOCAT y Aseguradoras están regidas por lo establecido por la SBS, sin embargo, Susalud se encarga de supervisar los servicios que se brindan en las IPRESS que han sido contratadas por dichas IAFAS, además del cumplimiento de las condiciones establecidas en los contratos suscritos con los asegurados o con las IPRESS.

La regulación concerniente a la creación de IAFAS y la relacionada con el plan que pueden ofertar es transversal a todas las IAFAS. Sin embargo, la regulación sobre los aportes que las IAFAS pueden recibir hace una distinción entre las EPS y las demás, permitiendo que las primeras puedan acceder al crédito que las entidades empleadoras pueden recibir por los aportes a EsSalud.

⁴⁰ Para el caso de las empresas catalogadas como micro o pequeñas empresas, la elección de la EPS se da por iniciativa de la empresa o a solicitud del 20% de los trabajadores. Para las empresas con menos de 25 trabajadores, no es necesario hacer un proceso de votación y la elección quedará determinada por proceso interno de cada entidad empleadora. Para las demás, la elección estará a cargo de la gerencia de la empresa o del grupo que solicitó el inicio de proceso.

III.2. Mercado de seguro de salud en el sector privado⁴¹

De acuerdo con cifras del Banco Mundial (BM), en el 2013 el gasto per cápita en salud en el Perú ascendió a US\$ 354⁴², lo que en términos globales indicaría que el gasto total en salud habría ascendido a US\$ 10 788 millones⁴³, monto que en términos del Producto Bruto Interno (PBI) habría significado el 5,3% del PBI de 2013, porcentaje que se ubicaría por debajo del promedio de la región (mayor al 7%)⁴⁴.

Asimismo, el BM indica que, de dicho gasto en salud, el sector público habría explicado el 58,7% del total, con lo cual el porcentaje restante habría sido cubierto por el sector privado (incluyendo los pacientes), es decir, el 41,3% del total. Si bien, el sector público contribuye con una participación significativa del gasto en salud en el país, los hogares siguen realizando un gasto muy importante en el financiamiento de sus tratamientos de salud. Esto resulta relevante, en la medida que un mayor pago por gastos de bolsillo en salud puede tener impactos indeseados al empobrecer a las familias, si es que dichos gastos se efectúan a expensas de la compra de otros bienes y servicios. Así, por ejemplo, de cada S/. 100 que los hogares gastan en salud, S/. 51 se explican por gastos en medicinas, S/. 39 en consultas, S/. 8 en pagos por hospitalización y S/. 2 en pagos por primas de seguros⁴⁵. Por otro lado, el gasto de bolsillo financiaría más del 65% de los gastos en medicina y una porción significativa de los gastos de hospitalización y consulta.

En el 2012 el 90% de la Población Económicamente Activa con empleo se encontraba dentro de uno de los sistemas de seguro de salud brindado por EsSalud y el Minsa, mientras que el 10% restante era atendido por distintos seguros, muchos de ellos ofrecidos por el sector privado⁴⁶, siendo la importancia de estos últimos mayor en Lima que en el resto del país⁴⁷.

Según Susalud, las IAFAS públicas son las IAFAS con mayor número de afiliados alcanzando los 22.8 millones en el 2014, resaltando la importancia del SIS (65.7%) y EsSalud (33.2%). Adicionalmente, las IAFAS privadas (EPS, Aseguradoras, Prepagas y Autoseguros⁴⁸) tienen un número importante de afiliados alcanzando los 1.2 millones afiliados en el 2014, como se muestra en el siguiente cuadro.

⁴¹ Esta sección contó con la colaboración de la Gerencia de Estudios Económicos del Indecopi.

⁴² Ver: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.PCAP/countries> (consultado el 12 de noviembre de 2015).

⁴³ Considerando una población de 30.5 millones de personas.

⁴⁴ De acuerdo con el BM, el gasto total en salud es la suma del gasto público y privado en salud. Abarca la prestación de servicios de salud (preventivos y curativos), las actividades de planificación familiar, las actividades de nutrición y la asistencia de emergencia designadas para la salud, pero no incluye el suministro de agua y servicios sanitarios.

⁴⁵ Hans Lavilla, *Empobrecimiento por Gastos de Bolsillo en Salud. Incidencia del Gasto de Bolsillo en Salud en el Perú, 2006-2009*, CIES, 2012, p. 84. Disponible en: http://eureka.cies.org.pe/sites/default/files/investigaciones/empobrecimiento_por_gasto_de_bolsillo_en_salud_0.pdf (consultado el 07 de diciembre de 2015).

⁴⁶ Entre los que se encuentran el seguro privado de salud, entidad prestadora de salud, seguro de las Fuerzas Armadas / Policiales, seguro universitario, seguro escolar privado, entre otros.

⁴⁷ Al 2012, según cifras del Instituto Nacional de Estadísticas e Informáticas, un 43,1% pertenecía a EsSalud, un 46,9% al Seguro Integral de Salud (SIS) y un 10% a otros seguros. Entre los otros seguros, principalmente privados, su participación resultaría significativa en Lima Metropolitana (22,6%).

⁴⁸ Susalud no tiene un registro del número de afiliados en AFOCAT.

Cuadro 1
Afilaciones según sector y IAFAS 2014 *

Sector	IAFAS	Afiliados 2014	Participación del Sector
Público	SIS	15,079,371	65.96%
	EsSalud	7,594,055	33.22%
	FF.AA. y PNP	187,122	0.82%
Privado	EPS	832,408	69.83%
	Aseguradoras	79,778	6.69%
	Prepagas	258,175	21.66%
	Autoseguros	21,643	1.82%

* Corresponde al número de afiliados Registro de Afiliados al Aseguramiento Universal en Salud. No considera afiliados por SCTR.

Fuente: Superintendencia Nacional de Salud - Susalud.

Elaboración: Secretaría Técnica de la Comisión de Defensa de la Libre Competencia

Las EPS han venido atrayendo a un número significativo de asegurados, entre trabajadores dependientes e independientes, bajo un sistema de primas y deducibles según el plan contratado. Las EPS se habrían convertido en un importante vehículo para masificar planes de salud, debido a las diversas estrategias aplicadas por estas empresas a través de la adquisición de clínicas o por la apertura de establecimientos médicos en centros comerciales⁴⁹.

Las EPS son las IAFAS privadas más importantes. Según Susalud, las EPS explicaron el 69,8% de las afiliaciones privadas, mientras las Prepagas representaron el 21,7%, las Aseguradoras 6,7% y los Autoseguros 1,8% en el 2014. En la actualidad operan cuatro EPS: EPS Rímac Internacional S.A. EPS (en adelante, Rímac), Pacífico S. A. EPS (en adelante, Pacífico), Mapfre Perú S.A. EPS (en adelante, Mapfre) y La Positiva Sanitas S.A. EPS (en adelante, La Positiva-Sanitas).

Las EPS ofrecen seguros a afiliados regulares, potestativos y el SCTR, siendo el seguro a afiliados regulares el más importante. Así, en el 2014, la recaudación por aportes y por prestaciones⁵⁰ estuvo liderada por el seguro regular, con una participación de 81,82% y 85,67%, respectivamente. La segunda mayor participación corresponde al SCTR, siendo la participación en aportes y prestaciones del 13,95% y 7,54%, respectivamente. Por último, los seguros potestativos explicaron el 4,22% de los ingresos por aportes y el 6,79% por las prestaciones.

Como se señaló, las IAFAS requieren de los servicios de las IPRESS que son las encargadas de prestar los servicios de salud a los asegurados. Así, al momento que un consumidor contrata un seguro de salud con una de las IAFAS, esta deberá informarle sobre las atenciones que están cubiertas en el plan contratado, y además, deberá comunicar las consecuencias del incumplimiento de esta cobertura⁵¹.

En el caso de los servicios brindados por las IPRESS a las EPS, en el 2014 las IPRESS brindaron ocho millones de consultas externas, 132 mil hospitalizaciones y un millón de emergencias, siendo más del 50% de estos servicios demandados en Lima. Asimismo, más del 80% de las atenciones de las IPRESS

⁴⁹ Ver: <http://semanaeconomica.com/article/servicios/salud/115918-el-mercado-local-de-la-salud-y-sus-cuatro-eps/> (consultado el 07 de diciembre de 2015).

⁵⁰ Los aportes y gastos ajustados por reservas.

⁵¹ Resolución de Superintendencia N° 80-2014.

fueron a través del seguro regular en el periodo 2013 – 2014, lo que refleja la importancia de las prestaciones de salud a los afiliados regulares.

Otro elemento a resaltar es el proceso de integración vertical entre EPS e IPRESS. En los últimos años las EPS, en particular Rímac y Pacífico, han realizado procesos de compra de IPRESS. Dichos procesos de integración vertical pueden tener su origen en la búsqueda, por parte de las EPS, de una provisión eficiente de los servicios de aseguramiento. Sin embargo, dichos procesos también pueden generar problemas de competencia bajo ciertos escenarios. Un análisis de los procesos de integración vertical se realizará en la sección III.2.2.6.

En resumen, en el sector privado las EPS son las IAFAS con mayor número de afiliados y ofrecen el seguro de salud que cubre el PEAS a los afiliados regulares y potestativos. El seguro regular es el más importante en términos de aportes recibidos por las EPS y de número de prestaciones de salud realizadas por las IPRESS a las EPS.

En ese sentido, dada la relevancia del PEAS, de las EPS dentro del sector privado y la participación de los afiliados regulares dentro de las EPS, el presente Informe se centra en analizar las condiciones de competencia del servicio prestado por las EPS a los afiliados regulares que son los trabajadores en actividad y sus derecho habientes. Por ello, previamente al análisis de las condiciones de competencia, corresponde determinar el mercado⁵² donde se brindarían las prestaciones del seguro regular por parte de las EPS.

III.2.1. El mercado de seguro regular

Como se señaló previamente, el seguro regular ofrecido por las EPS proporciona la cobertura del PEAS a los trabajadores en actividad de la entidad empleadora⁵³. El seguro regular se complementa con las coberturas que brinda EsSalud, en la medida que los trabajadores que se afilian al sistema de EPS cuentan con la posibilidad de acudir a EsSalud para el tratamiento de una enfermedad si ésta excede al plan contratado a la EPS⁵⁴. Asimismo, el trabajador puede contratar con la EPS coberturas adicionales al PEAS.

La cobertura del seguro regular comprende las prestaciones del PEAS que implica el conjunto de intervenciones de salud de mayor frecuencia y menor complejidad detalladas en el Anexo 1 del Reglamento de la Ley N° 26790⁵⁵. Asimismo, las EPS tienen la facultad de incluir las enfermedades de la capa compleja⁵⁶ como coberturas adicionales al PEAS.

La cobertura del PEAS contempla los mismos beneficios para todos los asegurados independientemente del monto de su remuneración. En tal sentido, sus condiciones y el acceso a las prestaciones

⁵² El mercado referente viene a ser el mercado donde se prestaría el servicio analizado. El mercado referente incluye un análisis preliminar de las dimensiones de mercado de producto y geográfico, conceptos utilizados en la determinación de mercado relevante en el caso de la aplicación de las normas de políticas de competencia.

⁵³ Los pensionistas son afiliados regulares asegurados por las IAFAS públicas. También pueden optar por el seguro privado como afiliados potestativos.

⁵⁴ Según el Reglamento de la Ley 26790, si el diagnóstico del afiliado, que se atiende en una EPS, determina que el tratamiento excede el plan contratado, entonces se deberá coordinar la referencia del paciente a EsSalud.

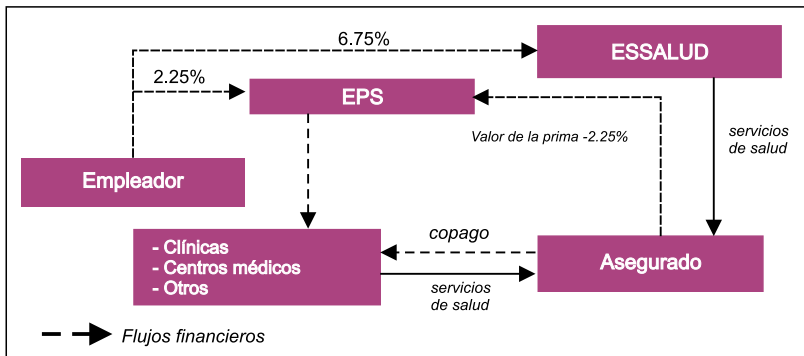
⁵⁵ Véase el detalle del conjunto de intervenciones referentes al PEAS en: <http://www.sunasa.gob.pe/definiciones/anexo1.htm> (consultado el 07 de diciembre de 2015).

⁵⁶ Las prestaciones de capa compleja son aquellas intervenciones de salud de menor frecuencia y mayor complejidad que no se encuentran en el Anexo 1 del Reglamento de la Ley N° 26790.

correspondientes son iguales para todos. Asimismo, los afiliados al seguro regular de la EPS siguen cubiertos por EsSalud para las prestaciones de capa compleja y los subsidios de acuerdo a ley, con lo cual no pierden su derecho de atención en la capa compleja por parte de EsSalud. De otro lado, cabe indicar que no hay límites de edad para la afiliación, mientras los afiliados regulares mantengan el vínculo laboral con su entidad empleadora.

Como se señaló, cuando un trabajador dependiente elige el seguro regular de una EPS, el 9% que la entidad empleadora aportaba a EsSalud se divide en 2,25% para la EPS elegida y 6,75% continúa siendo aportado a EsSalud. Por ello, los asegurados pueden ser atendidos en los establecimientos de salud vinculados a la EPS, y a cambio deberán sujetarse a un descuento mensual fijo y a un pago por cada servicio recibido (denominado *copago*), de acuerdo con lo establecido en los planes de salud ofrecidos por la respectiva EPS, como se observa en el gráfico siguiente.

Gráfico 1
Flujo financiero y real del seguro regular



Elaboración: Secretaría Técnica de la Comisión de Defensa de la Libre Competencia

En relación con las posibilidades de sustitución entre los servicios de EsSalud y los servicios brindados a través del seguro regular de las EPS, es importante traer a colación el hecho que si bien a nivel del PEAS los servicios podrían ser funcionalmente comparables, la diferencia de los atributos de los servicios ofrecidos a través de las IPRESS privadas (infraestructura, tiempo de atención, entre otros) haría poco comparables los servicios brindados por EsSalud y las EPS desde el punto de vista de la demanda.

Al respecto, los afiliados regulares de las EPS se atienden en IPRESS privadas (clínicas), de manera similar que los afiliados al resto de IAFAS privadas. La prestación de los servicios de salud en IPRESS privadas muestran características que los diferencian de los servicios provistos por IPRESS públicas que pueden acceder los afiliados (Minsa y EsSalud). En efecto, la efectividad de obtener una cita en una clínica es mayor que en los establecimientos del Minsa y EsSalud. Asimismo, el tiempo promedio que un consumidor debe esperar para ser atendido en las clínicas es la mitad y un tercio del tiempo que tuviera que esperar en un establecimiento de EsSalud y Minsa respectivamente.

Por su parte, la atención en la consulta médica en clínicas también es distinta respecto a la obtenida en los establecimientos del Minsa y EsSalud. El tiempo promedio de atención en clínicas es mayor y la calidad de la atención es mejor en las clínicas que los establecimientos del Minsa y EsSalud, mientras que la disponibilidad de medicamentos en las clínicas es mejor que en el Minsa pero menor que en EsSalud. En general, el nivel de satisfacción de los consumidores de todos los servicios provistos es mayor en las clínicas que en los establecimientos del Minsa y EsSalud.

Cuadro 2
Atención y satisfacción del servicio en establecimientos del Minsa, EsSalud y clínicas para consultas externas

Tipo	Indicador	Minsa	EsSalud	Clínicas
Oportunidad de la atención	Obtuvieron cita el mismo día que solicitó (en %)	73	45	90
	De los usuarios que no obtuvieron cita, los días promedio transcurridos para obtener cita (en días)	12	19	8
	Tiempo de espera promedio para atención en consultorio médico (en minutos)	114	58	35
Atención en consulta médica	Tiempo de atención promedio (en minutos)	14	14	17
	Disponibilidad de todos los medicamentos en la farmacia del establecimiento (en %)	43	83	76
	Problemas en la atención de salud en los últimos 3 meses (en %)	15	23	10
Satisfacción del servicio	Usuarios satisfechos con la atención recibida (en %)	66	68	87

Fuente: Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios del Aseguramiento Universal en Salud 2014
Elaboración: Secretaría Técnica de la Comisión de Defensa de la Libre Competencia

A nivel de la capa compleja, las posibilidades de sustitución entre los servicios de una EPS⁵⁷ y EsSalud estarían determinadas por la capacidad de poder solventar los gastos que involucra la capa compleja, y las necesidades de los consumidores. No obstante, podría esperarse un número reducido de consumidores elijan las EPS exclusivamente para atenderse la capa compleja, debido a los costos elevados de atención de los servicios a nivel de capa compleja vía las IPRESS de las EPS⁵⁸.

Por otro lado, la sustitución entre los servicios brindados a través de las EPS y las otras IAFAS privadas no sería significativa por el aporte a las IAFAS privadas que debe realizar el afiliado y la reducida comparabilidad de los planes de salud.

El plan ofrecido por las EPS es financiado, en parte, con el aporte que el empleador paga a EsSalud, a diferencia de los planes ofrecidos por el resto de IAFAS que es financiado íntegramente con el aporte del afiliado. El esquema de financiamiento afecta la prima a pagar por parte del afiliado y así a su elección. Por ejemplo, consideremos un caso hipotético donde las IAFAS pueden ofrecer el plan de salud cobrando una prima de S/. 200 mensuales y que un potencial afiliado regular tiene una remuneración mensual de S/. 2 000⁵⁹. En este caso, la EPS podría cobrar una prima de S/. 155 mensuales en la medida que S/. 45 es financiado por el empleador. Luego, el potencial afiliado regular al elegir una EPS pagaría una prima de S/. 155 y si elige otra IAFA pagaría S/. 200 mensuales. El afiliado regular estaría dispuesto a seguir contratando una EPS a pesar que ésta incrementa la prima

⁵⁷ En caso exista la opción de atenderse un servicio de capa compleja a través de la EPS.

⁵⁸ Cabe añadir que el sistema de seguros regulares de las EPS fue pensado con la finalidad de aliviar la demanda por atenciones de salud de capa simple (o PEAS) en la red de EsSalud. Sin embargo, los planes que ofrecen las EPS a los asegurados regulares comprenden el PEAS y planes complementarios que pueden involucrar atenciones de capa compleja.

⁵⁹ De manera referencial, la remuneración bruta promedio mensual del sector privado formal en el segundo trimestre de 2013 fue de S/ 1 979. Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, Síntesis de Indicadores Laborales, segundo trimestre, 2013, pág. 13. Disponible en: http://www.mintra.gob.pe/archivos/file/estadisticas/peel/publicacion/BOLETIN_SINTESIS_INDICADORES_LABORALES_II_TRIMESTRE_2013.pdf (consultado el 07 de diciembre de 2015).

en un porcentaje menor al 29% (S/. 44.9). De esta forma, el mecanismo de financiamiento del plan de seguro incentivaría a los afiliados regulares a elegir una EPS, no siendo sustituto el plan ofrecido por el resto de IAFAS.

El seguro potestativo agrupa a todas las personas que no reúnen los requisitos para ser consideradas asegurados regulares. El seguro potestativo enfrentaría las mismas limitaciones que los planes ofrecidos por el resto de IAFAS señaladas en el párrafo anterior en la medida que la prima es compensada íntegramente por el afiliado.

Adicionalmente, si bien las EPS y el resto de IAFAS ofrecen el PEAS, los planes de salud que ofrecen la EPS a los afiliados regulares se diferenciarían del ofrecido por las Prepagas, Aseguradoras y Autoseguros por los requisitos de admisión⁶⁰, y la red de atención⁶¹. Estos elementos habrían permitido que, dentro de las IAFAS privadas, las EPS concentren el 77,26% del número de afiliados en el 2014.

Asimismo, el seguro regular se diferenciaría del SCTR ofrecido por las EPS. El SCTR es un seguro complementario al seguro regular, es decir otorgan una cobertura adicional (complementaria) por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales a los afiliados al seguro regular del seguro social de salud.

De acuerdo con lo señalado en los párrafos precedentes, resulta claro que los servicios de seguros regulares a través de EPS constituyen en sí mismo un producto o servicio distinto al ofrecido por el resto de IAFAS y de los otros servicios proporcionados por las EPS. Por lo tanto, considerando las características particulares del seguro regular ofrecido por las EPS que las diferencian del resto de seguros ofrecidos por las IAFAS privadas y públicas, del seguro potestativo y del SCTR, se puede afirmar que el seguro regular ofrecido por las EPS satisface necesidades específicas de los afiliados y no cuenta con sustitutos.

Por otro lado, el alcance geográfico de los servicios de seguro regular de las EPS estaría determinado por el uso de dichos servicios por parte del afiliado, lo que está vinculado, a su vez, a la prestación del servicio de salud que se realizan en las IPRESS. Al respecto, las EPS tienen contratos con una red de clínicas (IPRESS) afiliadas y propias a nivel nacional, e incluso con centros de salud autorizados en donde el consumidor puede atenderse empleando el mecanismo de reembolso. Los planes de salud de las EPS pueden incluir una red de atención ubicada en distintos puntos del país. En ese sentido, el ámbito geográfico sería el nacional.

Adicionalmente, se debe considerar que un consumidor estará dispuesto a contratar el seguro regular de EPS en la medida que dicho seguro le permita atenderse en las IPRESS de su preferencia. En general, los consumidores elegirán IPRESS que se encuentren dentro de un ámbito geográfico a su alcance en términos de tiempo, lo que estaría asociado a los costos de transporte.

⁶⁰ Para afiliarse al seguro de una EPS se puede hacer a través de la entidad empleadora (seguro regular o SCTR) o mediante decisión propia (seguro potestativo). Para el caso de las Prepagas y Aseguradoras solo se puede afiliarse mediante decisión propia. Por último, solo los trabajadores (o derecho habientes) de una empresa que ofrezca Autoseguro pueden afiliarse a él.

⁶¹ La principal diferencia entre las IAFAS mencionadas es la red de atención ya que las EPS tendrían una red de IPRESS afiliadas mucho más grande que la de las Prepagas, que son principalmente clínicas que brindan atenciones dentro de sus propias instalaciones, o los Autoseguros, que se origina en un acuerdo entre la entidad empleadora y un número específico de IPRESS.

Al respecto, la experiencia internacional sugiere que los consumidores de servicios de salud suelen acudir a centros de atención ubicados a una distancia de recorrido promedio de 30 minutos en vehículo automotor⁶².

A nivel nacional, el tiempo que demoraron los consumidores para desplazarse desde sus viviendas a una clínica (IPRESS) para consultas externas fue de 48 minutos en promedio, mientras que el 89.1% de los consumidores se demoraron hasta 60 minutos en el 2014. En Lima el tiempo promedio fluctuó entre 23 y 24 minutos mientras que el 87.3% de los consumidores se demoraron hasta 60 minutos como se muestra en el siguiente cuadro.

En ese sentido, la mayoría de consumidores eligieron IPRESS que se encontraron hasta 60 minutos de su vivienda, lo que indicaría que la elección de IPRESS se circunscribe a un ámbito local (departamento)⁶³.

Cuadro 3
Tiempo de demora de los consumidores para llegar desde su vivienda hasta una clínica, según ámbito

Tiempo	Nacional (%)	Lima y Callao (%)
Menos de 11 minutos	15.7	18.8
De 11 a 20 minutos	23.6	23.2
De 21 a 30 minutos	26.8	18.8
De 31 a 60 minutos	23.0	26.5
De 61 minutos a más	10.9	12.7
Promedio	48 minutos	23 ^{1/} y 24 ^{2/} minutos

1/ corresponde a Lima y 2/ corresponde a Callao

Fuente: Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios del Aseguramiento Universal en Salud 2014
Elaboración: Gerencia de Estudios Económicos del Indecopi.

Luego, se puede considerar que el ámbito geográfico de la prestación de los servicios de salud podría ser local (departamento). Los afiliados al seguro regular buscarán atenderse, en promedio, en aquellas IPRESS cercanas a la localidad en que permanece (reside o trabaja) habitualmente. Los afiliados elegirán aquellos seguros que les permitan atenderse en las IPRESS cercanas o que se encuentren a nivel local⁶⁴.

⁶² Office of Fair Trading, Private Healthcare Market Study: Report on the Market Study and Final Decision to Make a Market Investigation Reference, Fleetbank House, 2012, pág. 34. Disponible en <https://assets.digital.cabinet-office.gov.uk/media/53315ccbed915d0e5d0003a7/OFT1412.pdf> (consultado el 07 de diciembre de 2015).

⁶³ Adicionalmente, se puede dar el caso que a nivel de especialidades o tipos de servicios los consumidores no puedan elegir distintas IPRESS en una misma localidad en la medida que sólo un grupo de éstas presta el servicio, aspecto que podría reducir el ámbito geográfico. Por otro lado, las valoraciones de los consumidores en cuanto a calidad, confianza, reputación, tiempo de espera, entre otros, podrían llevarlo a optar por una IPRESS ubicada fuera del ámbito local. Dicha elección sería más relevante en el caso de las condiciones que afectan a la salud menos frecuentes y más complejas.

⁶⁴ Los afiliados buscarán atenderse en otras localidades en el caso de servicios específicos y que podrían estar vinculados a la prestación de servicios complementarios, adicionales al PEAS.

En la medida que las EPS brindan el seguro regular en el ámbito nacional se analizará a dicho nivel (en adelante, mercado de seguro regular). Adicionalmente, la competencia podría darse en un ámbito más restringido, a nivel local (departamental)⁶⁵.

III.2.2. Descripción del mercado de seguro regular

En 1997, con la promulgación de la Ley N° 26790 y su reglamento, se creó el sistema de EPS en el Perú. Al mismo tiempo, se creó la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud (en adelante, SEPS) que tenía como objetivo autorizar, regular y supervisar el funcionamiento de las EPS y cautelar el uso correcto de los fondos que ellas administraban.

En 1998 la SEPS autorizó el funcionamiento de las EPS Rímac, Santa Cruz S.A. EPS (en adelante, Santa Cruz), y Novasalud Perú S.A. EPS (en adelante, Novasalud). Posteriormente, en 1999 fue autorizada Pacífico. En junio del 2000 se aprobó la absorción de Santa Cruz por parte de Rímac reduciéndose a tres el número de EPS que operaban en el mercado peruano.

El número de EPS en el mercado se mantuvo estable durante cuatro años hasta que en agosto del 2004 se aprobó la absorción de Novasalud por parte de Pacífico. Así, en el mercado sólo operaban Rímac y Pacífico hasta finales de 2006, cuando se autorizó el funcionamiento de PERSALUD S.A. EPS (en adelante, Persalud) que empezó a captar afiliados regulares desde el segundo trimestre de 2007.

Posteriormente, a finales del 2007 se autorizó el funcionamiento de Mapfre, que empezó a captar afiliados regulares en el segundo trimestre de 2008. En el año 2009 se autorizó el funcionamiento de Colsanitas Perú S.A. EPS (en adelante, Colsanitas), captando afiliados a partir del segundo trimestre de 2010. Así, el mercado tenía cinco (5) empresas en operación.

En el 2010, el Reglamento de la Ley N° 29344 amplió las facultades que la SEPS tenía hasta ese momento. Así, se incorporaron bajo su ámbito de supervisión a las IAFAS, IPRESS y entidades que brindan coberturas de salud bajo pago regular y anticipado, adquiriendo la denominación de Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud.

Durante el tercer trimestre de 2012 se le revoca la autorización de funcionamiento a Persalud con lo que el número de EPS se redujo a cuatro (4). En el primer trimestre de 2012, Colsanitas cambió de denominación a La Positiva-Sanitas luego de que se concretara una alianza estratégica entre el Grupo La Positiva y Colsanitas.

III.2.2.1. Tamaño del mercado y nivel de concentración

Al segundo trimestre de 2015, el número de asegurados regulares en el sistema EPS fue de 788,789 siendo casi seis veces el número de asegurados que había durante el primer trimestre del 2000. Para el año 2014, el número de entidades empleadoras que habían afiliado a sus trabajadores y derecho habientes ofrecido por las EPS fue 8,063. Así, en promedio, una entidad empleadora habría asegurado a 96 personas.

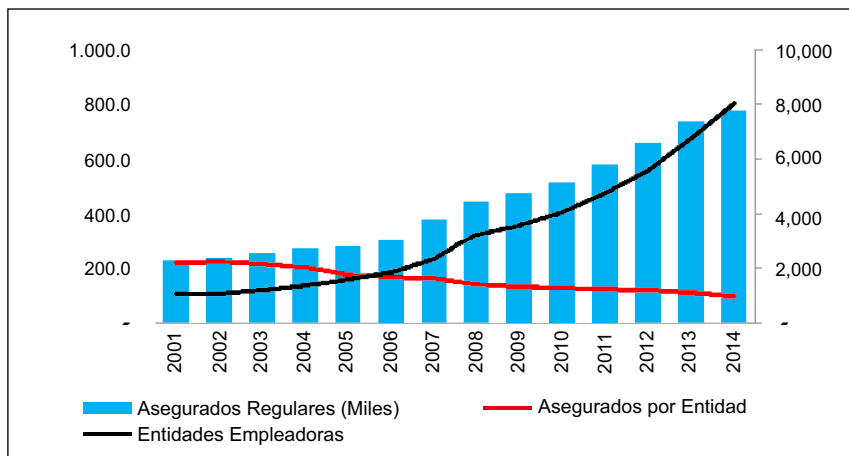
Como se observa en el siguiente gráfico, el mercado de seguro regular se encuentra en crecimiento, tendencia que se aceleró a partir del año 2006.

⁶⁵ Sería factible que la competencia sea a nivel local (departamento) por las consideraciones antes señaladas. Así, otras fuentes de provisión de seguro regular a nivel local podría generar mayor rivalidad en el mercado. Este aspecto es relevante en el caso que se implementen medidas para promover la competencia y que permitan el ingreso de otros agentes que presten sus servicios a nivel local.

Entre los años 2006 y 2014, el número de asegurados regulares en el mercado creció a una tasa promedio de 12% anual mientras que el número de entidades empleadoras que ofrecen aseguramiento a sus trabajadores y derecho habientes lo hizo en 20% anual promedio.

El crecimiento está relacionado al ingreso de nuevas entidades empleadoras al mercado. Se observa que un número mayor de entidades empleadoras que ingresaron al mercado son de menor tamaño, lo que generó una reducción del número de afiliados regulares por entidad.

Gráfico 2
Número de asegurados regulares y de entidades empleadoras en el sistema EPS



* Se utiliza la información del último trimestre de cada año para el número de asegurados regulares y de entidades empleadoras.

** En el eje de la derecha se representa el número de asegurados regulares en miles y el número asegurado promedio por entidad. En el eje de la izquierda se representa el número de entidades empleadoras.

Fuente: Susalud.

Elaboración: Secretaría Técnica de la Comisión de Defensa de la Libre Competencia

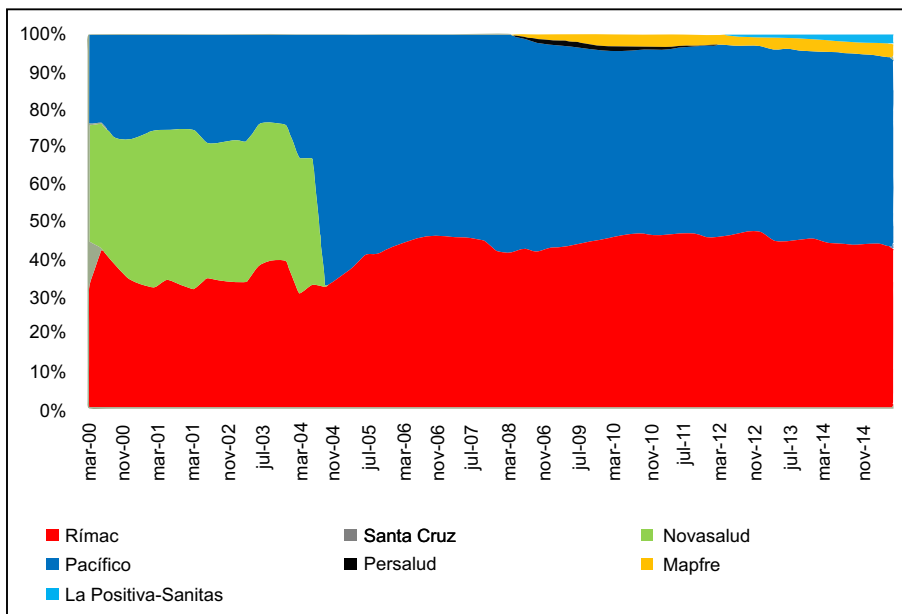
El nivel de concentración es elevado. Como se observa en el gráfico anterior, entre el año 2000 y 2004 las EPS tenían participaciones de mercado similares, con una concentración de 3 334 en promedio respecto al número de asegurados regulares.

Luego, la absorción de Novasalud por parte de Pacífico le permitió ostentar dos tercios del mercado, lo que generó que el nivel de concentración se incremente a 5 606 en el tercer trimestre del 2004.

A partir del año 2007 ingresaron dos EPS, pero no han podido capturar más del 6% de este. En el segundo trimestre de 2015, en el mercado operaron cuatro empresas representando dos de ellas el 93.7% del total de asegurados regulares.

El nivel de concentración del mercado, medido mediante el HHI⁶⁶ fue de 4,444, siendo un mercado altamente concentrado⁶⁷. Si se calculan las participaciones del mercado en función del total de aportes captados, las dos EPS más grandes del mercado concentran el 94.6% y el HHI alcanza un valor de 4,506.

Gráfico 3
Participación de cada EPS respecto al número de asegurados regulares⁶⁸



Fuente: Susalud.

Elaboración: Secretaría Técnica de la Comisión de Defensa de la Libre Competencia

En el siguiente gráfico se presenta la evolución del nivel de concentración del mercado respecto al número de asegurados regulares, medido por el HHI, y del número total de asegurados regulares. Se observa que los incrementos más significativos del nivel de concentración se deben a los procesos de fusión por absorción⁶⁹ entre EPS.

⁶⁶ El Índice de Herfindahl-Hirschman (Herfindahl-Hirschman Index o HHI) se calcula sumando las cuotas de mercado de cada uno de los agentes económicos elevadas al cuadrado. Así, por ejemplo, un mercado en el que concurren cuatro firmas: A, B, C y D; con cuotas de mercado de 30%, 30%, 20% y 20%, respectivamente, tiene un HHI de 2,600 (900 + 900 + 400 + 400 = 2,600).

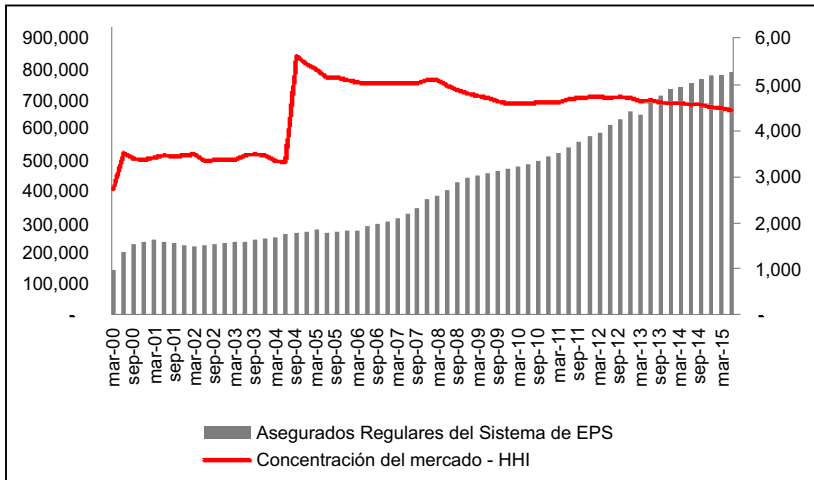
⁶⁷ Según las Guías de Fusiones Horizontales (*Horizontal Merger Guidelines*) del Departamento de Justicia (Department of Justice) y la Comisión Federal de Comercio (Federal Trade Commission) de Estados Unidos de América de 2010, los mercados pueden ser clasificados en un mercado no concentrado (HHI < 1500), mercado moderadamente concentrado (1500 < HHI < 2500) y mercado altamente concentrado (HHI > 2500).

⁶⁸ La participación de cada EPS en el mercado no difiere en mayor medida si se considera como porcentaje del monto total de aportes recaudados.

⁶⁹ Según el artículo 344 de la Ley N° 26887, Ley General de Sociedades, se entiende como fusión al proceso mediante el cual dos o más sociedades se reúnen para formar una sola, cumpliendo los requisitos prescritos por la Ley. Una de las formas en las que se puede adoptar la fusión es la absorción donde una

A partir del año 2004 se dio una tendencia decreciente en el nivel de concentración por la entrada de nuevas EPS, sin embargo, en la actualidad dichas EPS no han logrado capturar una parte importante del mercado.

Gráfico 4
Concentración del mercado de seguro regular (número de asegurados)



* En el eje de la derecha se presenta el HHI. En el eje de la izquierda se presenta el número de asegurados regulares.

Fuente: Susalud.

Elaboración: Secretaría Técnica de la Comisión de Defensa de la Libre Competencia

III.2.2.2. Movilidad y nuevas afiliaciones

Como se mencionó en la sección III.1, la entidad empleadora es la encargada de convocar el proceso de selección para escoger una EPS. Los trabajadores que así lo decidan pueden afiliarse al sistema de EPS o continuar asegurados a EsSalud. La normativa exige un contrato mínimo de un año entre la EPS y los trabajadores de la entidad empleadora.

Al respecto, en el siguiente cuadro se analiza la movilidad o traspaso de las entidades empleadoras entre EPS. La magnitud del traspaso se aproxima como porcentaje del total de entidades empleadoras y como porcentaje del total de asegurados regulares que permanecieron en el mercado de seguro regular⁷⁰.

o más sociedades son absorbidas por otra existente generando la extinción de la personalidad jurídica de la sociedad o sociedades absorbidas. La sociedad absorbente asume, a título universal, y en bloque, los patrimonios de las absorbidas.

⁷⁰ No se considera el número total de entidades empleadoras (y asegurados regulares) debido a que año tras año salen entidades e ingresan nuevas entidades (y asegurados regulares) al mercado referente.

Así, un 4.9% y 5%⁷¹ de las entidades empleadoras se cambiaron de EPS en el 2013 y el 2014 respectivamente, mientras que 3.7% y 2.6% del total de asegurados se traspasaron en el 2013 y el 2014 respectivamente⁷².

Cuadro 4
Movilidad en el mercado de seguro regular

Porcentaje del total de Entidades Empleadoras que cambiaron de EPS

Año	Rímac	Pacífico	La Positiva-Sanitas	Mapfre	Total Movilidad	EE que se mantuvieron
2013	37.8%	14.7%	25.5%	21.9%	251	5,115
2014	22.8%	23.7%	34.0%	19.6%	312	6,189

Porcentaje del total de Asegurados Regulares que cambiaron de EPS

Año	Rímac	Pacífico	La Positiva-Sanitas	Mapfre	Total Movilidad	EE que se mantuvieron
2013	39.6%	14.2%	9.4%	36.8%	24,637	668,990
2014	37.1%	28.4%	23.2%	11.3%	19,508	749,096

Fuente: Susalud

Elaboración: Secretaría Técnica de la Comisión de Defensa de la Libre Competencia

La mayor parte de entidades empleadoras que cambiaron de EPS en el 2013 escogieron afiliarse a Rímac (37.8%), seguida por La Positiva-Sanitas (25.5%) y Mapfre (21.9%). Sin embargo, si se considera la movilidad respecto al número de asegurados regulares se puede ver que Rímac (39.6%) y Mapfre (36.8%) representan más del 70%. En el 2014 la mayor parte de entidades empleadoras escogieron afiliarse a La Positiva-Sanitas (34.0%), seguida de Pacífico (23.7%) y Rímac (22.8%). Asimismo, si se considera la movilidad respecto al número de asegurados regulares la importancia de La Positiva-Sanitas se reduce posicionándose en tercer lugar (23.2%).

Así, Rímac captó la tercera parte de las entidades empleadoras y de asegurados que se cambiaron de EPS. Por su parte, si bien las EPS con menor cuota de mercado, la Positiva-Sanitas y Mapfre, lograron captar una parte importante del número de entidades empleadoras movilizadas, dichas entidades empleadoras tuvieron un número menor de asegurados con un promedio de 43 y 36 asegurados por entidad, respectivamente, en comparación con los 102 y 75 asegurados que tuvieron las entidades empleadoras que se afiliaron a Rímac y Pacífico, respectivamente.

⁷¹ Como se puede ver en el Cuadro 5, entre el año 2012 y 2013 se mantuvieron dentro del sistema EPS un total de 5,115 entidades empleadoras; de ese total, 251 cambiaron de EPS, lo que representó un 4.9% del total de entidades que se mantuvieron dentro del sistema EPS.

⁷² Se podría considerar que las entidades empleadoras que pertenecen al grupo económico de la EPS que presta el servicio analizado no tendrían incentivos para cambiar de EPS. En este caso, resultaría relevante analizar la movilidad de entidades empleadoras que no pertenecen al mismo grupo económico de la EPS contratada. Al respecto, se observa que los porcentajes de movilidad no cambian de manera significativa obteniéndose que un 4.9% y 5.1% de entidades empleadoras cambiaron de EPS entre el 2013 y 2014, respectivamente, mientras que solo un 4.0% y 2.8% de asegurados regulares cambiaron de EPS entre el 2013 y 2014, respectivamente.

Por otro lado, en el siguiente cuadro se presenta el ingreso de nuevas entidades empleadoras al mercado. En el año 2013 ingresaron 1,677 entidades empleadoras que agrupaban a 65,599⁷³ asegurados regulares, mientras que en el año 2014 ingresaron 1,874 entidades que representaron 27,575 asegurados.

Cuadro 5
Entidades empleadoras que ingresan al sistema EPS

Porcentaje del total de Entidades Empleadoras que ingresaron

Año	Rímac	Pacífico	La Positiva-Sanitas	Mapfre	Total Movilidad
2013	36.2%	47.6%	10.4%	5.7%	1,677
2014	32.5%	39.7%	22.1%	5.7%	1,874

Porcentaje del total de Asegurados Regulares que ingresaron

Año	Rímac	Pacífico	La Positiva-Sanitas	Mapfre	Total Movilidad
2013	40.4%	53.4%	2.9%	3.2%	65,599
2014	42.8%	40.9%	11.3%	5.1%	27,575

Fuente: Susalud.

Elaboración: Secretaría Técnica de la Comisión de Defensa de la Libre Competencia



En el 2013, la mayor parte de entidades empleadoras que ingresaron al sistema de EPS se afiliaron a Pacífico (47.6%), seguida de Rímac (36.2%) y La Positiva-Sanitas (10.4%). Sin embargo, si se observa la entrada respecto del asegurados regulares, la importancia de La Positiva-Sanitas disminuye considerablemente (2.9%). En el 2014, la mayor parte de entidades empleadoras se afiliaron a Pacífico (39.7%), seguida de Rímac (32.5%) y La Positiva-Sanitas (22.1%). Sin embargo, si se considera el porcentaje del total de asegurados regulares la importancia de La Positiva-Sanitas es menor (11.3%).

De lo anterior, se puede concluir que la movilidad entre EPS por parte de entidades empleadoras es baja y estuvo en el rango de 4% a 5% entre el 2013 y 2014. Rímac y Pacífico captaron la mayor cantidad de asegurados movilizados, el 54% y 66% en el 2013 y 2014, respectivamente. En relación a los nuevos afiliados, se observa que la importancia de Rímac y Pacífico es aún mayor. En efecto, dichas EPS afiliaron el 94% y 84% de nuevos asegurados en el 2013 y 2014.

⁷³ Sólo se consideran entidades empleadoras que ingresaron al sistema, sin considerar el número de entidades que salieron el mismo. Por ejemplo, en el 2013 ingresaron 1,677 nuevas entidades empleadoras, y salieron 478 entidades, de forma tal que el número de entidades se incrementó en 1,199.

III.2.2.3. Aportes percibidos por las EPS

Los aportes que perciben las EPS en el caso de los asegurados regulares provienen del crédito que las entidades empleadoras obtienen contra las aportaciones que hacen a EsSalud, y de los aportes que pagan los trabajadores y/o las entidades empleadoras por los planes de salud contratados. El aporte promedio mensual se calcula como el ratio entre los aportes recibidos por las EPS y el número de asegurados regulares⁷⁴.

Durante los años 2000 y 2001 el aporte mensual por asegurado regular se incrementó considerablemente (50%).

Desde el año 2002 hasta el 2008 los aportes revertieron parcialmente dicha tendencia observándose una alta volatilidad durante los dos primeros años seguidos de una reducción paulatina.

Entre el año 2007 y 2008 las dos nuevas EPS ingresaron al sistema cobrando aportes por debajo de las establecidas, y luego sus aportes crecieron de forma paulatina.

El incremento del aporte se observa desde el año 2009, sin embargo se acelera a partir del año 2013.

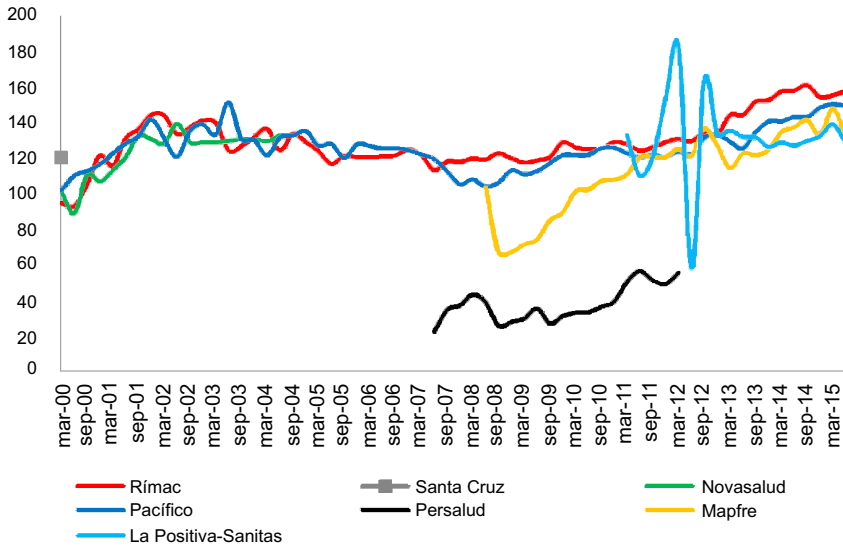
Al segundo trimestre del 2015, se tiene que el máximo aporte mensual por asegurado regular lo percibió Rímac con S/. 157.89 mientras que el mínimo aporte fue de La Positiva-Sanitas con S/. 128.32, como se puede observar en el gráfico siguiente.

Como se mencionó, desde el año 2007 ingresaron nuevas EPS al mercado que cobraban un aporte promedio mensual menor que las empresas establecidas. Por ejemplo, Mapfre tenía un aporte promedio menor al percibido por Pacífico o Rimac. Persalud es un caso particular ya que su aporte promedio mensual siempre fue aproximadamente la mitad del aporte de las demás EPS.

Para el caso de La Positiva-Sanitas, aunque empezó cobrando aportes iguales al de las existentes, a partir del 2014 se ha mantenido como la EPS con el menor aporte promedio por asegurado.

⁷⁴ Debido a la frecuencia trimestral con la que se dispone la información se deberá dividir el monto del aporte entre tres para poder hacerlo mensual. Por ejemplo, si el aporte total recibido por Pacífico es de S/. 183,8 millones y el número de asegurados regulares es de 399,996 al segundo trimestre de 2015, entonces el aporte promedio sería S/. 459.49. Dicho aporte es un valor trimestral por lo que se calculará un aporte promedio mensual dividiendo dicho monto entre tres. Así el aporte promedio mensual de Pacífico durante el segundo trimestre de 2015 sería de S/. 153.16.

Gráfico 5
Aporte promedio por asegurado regular en el sistema EPS (S/. del 2009)⁷⁵



Fuente: Susalud

Elaboración: Secretaría Técnica de la Comisión de Defensa de la Libre Competencia

III.2.2.4. Prestaciones de salud

Como se señaló previamente, el mercado de seguro regular se vincula al de prestaciones de salud, el cual refleja el uso efectivo que realizan los asegurados del servicio contratado.

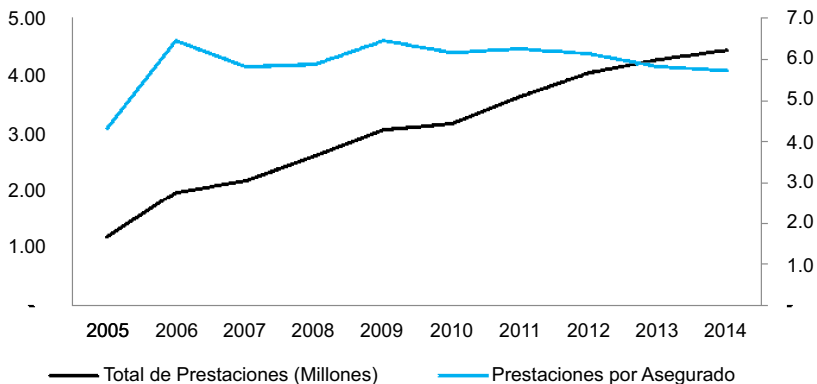
III.2.2.4.1. Número de prestaciones

El número total de prestaciones de salud en el mercado de seguro regular ha tenido una tendencia creciente entre los años 2005 y 2014. Para el año 2005 se realizaron alrededor de 1.19 millones de prestaciones mientras que en el año 2014 se realizaron 4.45 millones de prestaciones representando un incremento de 272% durante dicho periodo.

El número de prestaciones en salud por asegurado regular del sistema EPS se muestra en el Gráfico 6. Se observa que en el año 2005 cada asegurado realizaba un total de 3.2 prestaciones al año, cifra que se incrementó a 6.8 prestaciones en el 2009, para luego reducirse a 5.9 prestaciones en el 2014.

⁷⁵ Para poder analizar el aporte promedio mensual por asegurado, se deflactarán dichos montos utilizando el Índice de Precios al Consumidor por concepto de Seguro contra Accidentes y Enfermedades promedio mensual con base en el año 2009. Se utiliza la siguiente fórmula: Valor Deflactado = (Valor corriente * 100) / Deflactor, donde el Deflactor será el IPC por concepto de Seguro contra Accidentes y Enfermedades trimestral. Por ejemplo, si el aporte promedio por asegurado para Pacifico es S/. 153.16 al segundo trimestre de 2015, usando el índice promedio mensual de dicho trimestre de 102.67 su valor deflactado será (153.16 * 100) / 102.67 = S/. 148.18. Para un mayor detalle revisar Instituto Nacional de Estadística e Informática, Metodología de Cálculo del Índice de Precio al Consumidor de Lima Metropolitana, 2001, pág. 52. Disponible https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0509/Libro.pdf (consultado el 07 de diciembre de 2015).

Gráfico 6
Número total y promedio de prestaciones de salud de los asegurados regulares



* En el eje de la izquierda se presenta el número total de prestaciones de salud. En el eje de la derecha se presenta el número de prestaciones por asegurado.

Fuente: Susalud.

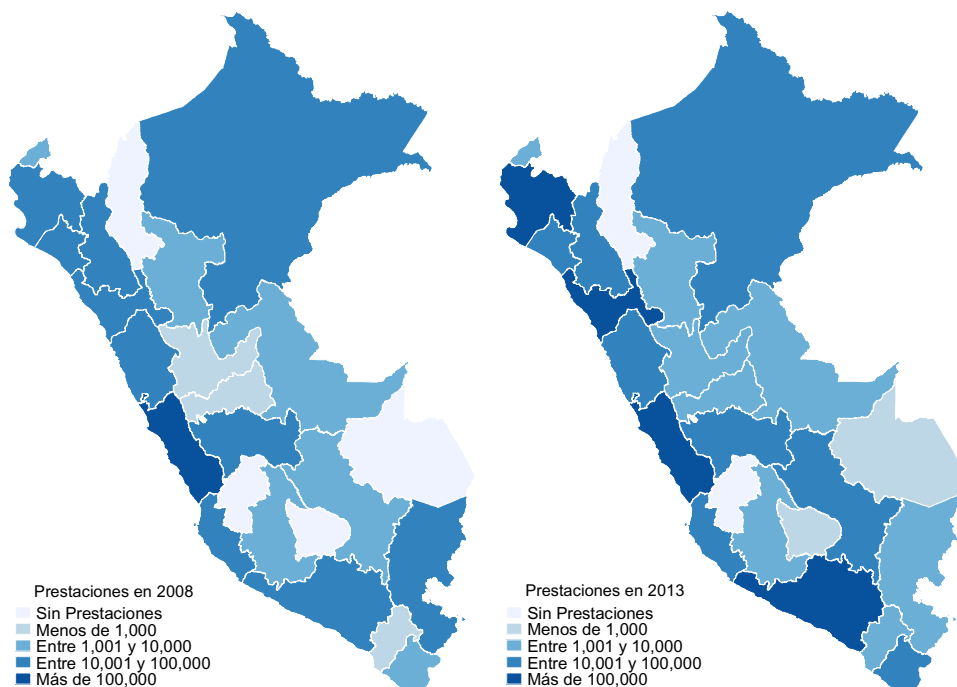
Elaboración: Secretaría Técnica de la Comisión de Defensa de la Libre Competencia

Respecto al número total de prestaciones de salud de los asegurados regulares por departamento, se tiene que en el 2008 se realizaron 2.6 millones de prestaciones de salud, de los cuales un 84.3% se concentraron en el departamento de Lima y en el Callao, mientras que en el resto de ciudades no superó las 100,000 prestaciones de salud. Adicionalmente, en cuatro departamentos del Perú no se tuvo registro de prestaciones.

En el 2013, la importancia del departamento de Lima y el Callao en el total de prestaciones de salud cayó a 80.8%⁷⁶. Los departamentos que han captado un mayor número de prestaciones luego de Lima y Callao fueron Arequipa, La Libertad y Piura con 3.6%, 3.3% y 3.2% durante dicho año. Asimismo, dos departamentos no registraron prestaciones.

⁷⁶ La información de las prestaciones para el año 2014 no arroja resultados representativos por departamento ya que registra un 33% de prestaciones para las cuales no se ha registrado un lugar de origen.

Gráfico 7
Número de prestaciones de salud de los asegurados regulares por departamento



*La información del año 2013 se obtiene de la suma de las consultas médicas, hospitalizaciones y emergencias de los asegurados regulares presentadas en el Anuario Estadístico 2013 de Susalud. En dicho anuario se contabilizan un total de 88,880 prestaciones (2% del total de prestaciones de dicho año) de las cuales no se tiene información sobre el departamento donde se realizan.

Fuente: Susalud.

Elaboración: Secretaría Técnica de la Comisión de Defensa de la Libre Competencia

III.2.2.4.2. Gasto en prestaciones

En el mercado de seguro regular hay distintos mecanismos mediante los cuales las EPS liquidan las prestaciones de salud que las IPRESS prestan a los asegurados.

Los mecanismos de pago más importantes⁷⁷ son: (i) pago por servicio, mediante el cual la EPS paga a la IPRESS lo gastado en la atención siempre que se encuentre cubierto por el plan que contrató el paciente; (ii) pago paciente mes, mediante el cual la EPS asigna un pago mensual a la IPRESS para la atención ambulatoria de un paciente en el mes siempre que se presente la demanda del servicio; (iii) capitación, mediante el cual la EPS asigna un pago fijo a la IPRESS independientemente de que se haga uso o no de los servicios ofrecidos por la IPRESS; (iv) paquete Quirúrgico, mediante el cual la EPS asigna un pago fijo para cada tipo de intervención quirúrgica; (v) pago fijo por atención, mediante el

⁷⁷ Jorge Del Águila, Mecanismos de pago en salud y hospitales en el marco del aseguramiento: Lecciones aprendidas - Sistema de EPS, 2009. <http://www.fepas.org.pe/IIICongresoFEPAS2009/documentos/iicongreso/jueves/28manana/m3/jorgedelaguila.pdf> (consultado el 07 de diciembre de 2015).

cual la EPS asigna un pago fijo por prestación; y (vi) pago por reembolso, mediante el cual la EPS paga a la IPRESS un porcentaje del costo de las prestaciones realizadas a los asegurados.

Los mecanismos de pago por servicio y pago pacientes mes son los más utilizados.

En el primero de ellos, el riesgo financiero es asumido íntegramente por la EPS donde la IPRESS tendrá incentivos para incrementar el número de actos médicos realizados generando una sobre utilización de recursos y de procedimientos con mayor tecnología, y no brinda incentivos para la realización de programas preventivos. En el segundo mecanismo, el riesgo financiero es trasladado a la IPRESS quien debe minimizar el número de atenciones realizadas al paciente e incentivará la realización de programas preventivos y el uso de medicamentos genéricos. En caso que la IPRESS desee trabajar con el método de pago por servicio, la EPS la asignará a un plan con alto copago⁷⁸.

El gasto total en prestaciones de salud corresponde a las liquidaciones que las EPS hacen a las IPRESS por concepto de prestaciones de salud de sus asegurados. El monto total de los gastos se incrementó pasando de S/. 354 millones en el 2005 a S/. 1,113 millones en el 2014, lo que representó un incremento de 222%.

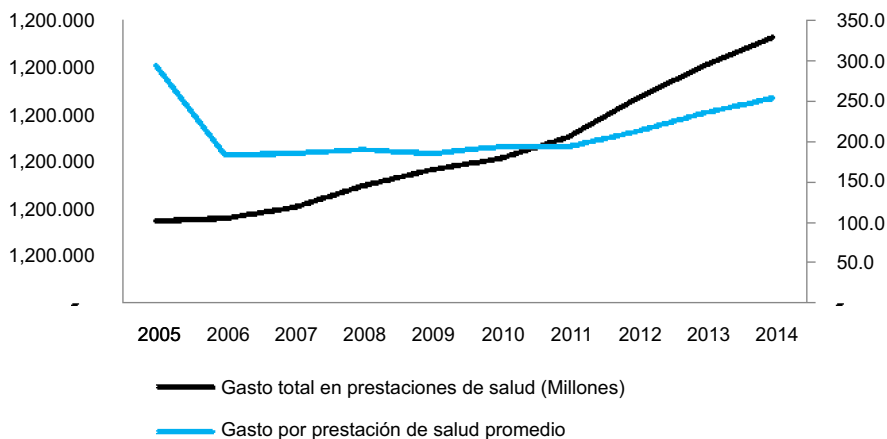
El incremento de los gastos se debe al número total de prestaciones de salud y al gasto por prestación promedio. Al respecto, el número total de prestaciones se incrementó como se señaló en la sección anterior. Asimismo, el gasto por prestación promedio mostró una tendencia creciente pasando de S/. 194.4 en el 2011 a S/. 254.8 en el 2014⁷⁹. El gráfico anterior muestra la dinámica del gasto total en prestaciones de salud y del gasto promedio por prestación.



⁷⁸ Carlos Joo, Mecanismos de Pago, Diez Años Después, Asociación de Clínicas Privadas ACP. <http://www.sunasa.gob.pe/educacion/download.asp?Cod=2533&codprog=6&extension=pdf&nombre=05%20Mecanismos%20de%20pago%20ACP%20CJL.pdf> (consultado el 07 de diciembre de 2015).

⁷⁹ De manera similar al tratamiento de los aportes, el gasto promedio por prestación de salud se deflactará utilizando el Índice de Precios al Consumidor por concepto de Seguro contra Accidentes y Enfermedades promedio mensual con base en el año 2009.

Gráfico 8
Gasto total y por prestación de salud promedio del sistema EPS (S/. del 2009)



* En el eje de la izquierda se presenta el gasto total de prestaciones de salud. En el eje de la derecha se presenta el gasto promedio por prestación de salud.

Fuente: Susalud.

Elaboración: Secretaría Técnica de la Comisión de Defensa de la Libre Competencia

Por otro lado, el gasto por asegurado promedio mensual se calcula como el ratio entre el gasto total en prestaciones de salud de las EPS y el número de asegurados regulares⁸⁰. A nivel del mercado de seguro regular, el gasto por asegurado mostró una tendencia creciente pasando de S/. 100.3 en el 2009 a S/.121.57 en el 2014.

De esta forma, se observa que el incremento del gasto por prestación promedio superó a la reducción en el número de atenciones por asegurado, como se vio en la sección previa, lo que explicaría la tendencia creciente del gasto por asegurado.

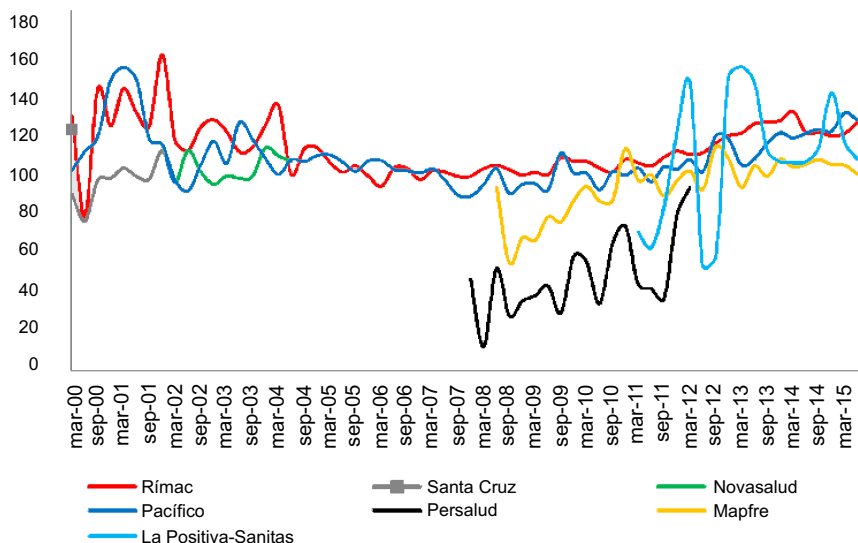
A nivel de EPS, el gasto por asegurado mostró un comportamiento volátil entre 2000 y 2004 cuando operaban tres EPS.

A partir del año 2005 se observa un comportamiento estable con una leve reducción.

Entre el 2008 y 2011, las dos nuevas EPS que ingresaron al mercado tuvieron un comportamiento volátil y creciente mientras que las EPS que ya estaban operando dentro del mercado siguieron con su comportamiento estable y ligeramente creciente hacia el final de dicho periodo. Por último, entre el 2012 y 2015 se puede observar una tendencia creciente en la mayoría de EPS.

⁸⁰ Debido a la frecuencia trimestral con la que se dispone la información se deberá dividir el monto del gasto en prestaciones de salud entre tres para poder hacerlo mensual. Por ejemplo, si el gasto total pagado por Pacífico es de S/. 160,6 millones y el número de asegurados regulares es de 399,996 al segundo trimestre de 2015, entonces el gasto promedio sería S/. 401.47. Dicho gasto es un valor trimestral por lo que se calculará un gasto promedio mensual dividiendo dicho monto entre tres. Así el gasto promedio mensual de Pacífico durante el segundo trimestre de 2015 sería de S/. 133.82.

Gráfico 9
Gasto en prestaciones por asegurado promedio por EPS (S/. del 2009)⁸¹



Fuente: Susalud.

Elaboración: Secretaría Técnica de la Comisión de Defensa de la Libre Competencia

Al segundo trimestre del 2015 se tiene que el máximo gasto por prestaciones fue de Pacífico con S/. 130.34 mientras que el mínimo gasto fue el de Mapfre con S/. 102.43.

Por otra parte, si consideramos que el aporte promedio mensual representa el valor presente de las prestaciones de salud que los asegurados tendrán durante el tiempo que se mantengan dentro de las coberturas del contrato de aseguramiento⁸², habría una relación positiva entre el aporte y el gasto de las prestaciones por asegurado.

Al respecto, el coeficiente de correlación⁸³ entre los aportes promedio y el gasto en prestaciones promedio fue de 0.7335 entre el primer trimestre de 2000 y el segundo trimestre de 2015.

Al analizar el comportamiento según periodos se puede ver que la correlación es baja entre el primer trimestre del 2000 y el cuarto trimestre del 2004, que es el periodo en el que se observa un incremento en los aportes y un comportamiento volátil de los gastos promedios.

⁸¹ De manera similar al tratamiento de los aportes, el gasto por prestaciones de salud promedio mensual por asegurado se deflactará utilizando el Índice de Precios al Consumidor por concepto de Seguro contra Accidentes y Enfermedades promedio mensual con base en el año 2009.

⁸² El cual depende de la probabilidad de padecer una enfermedad, el gasto generado por la enfermedad y el margen de la EPS durante el tiempo que dura el contrato de aseguramiento.

⁸³ El coeficiente de correlación es un índice que cuantifica la relación lineal entre un par de variables. Puede tomar valores entre -1 y 1 donde el signo indica la dirección de la relación y el número indica la fuerza de la correlación. Ver: Brian Everitt y Anders Skrondal, *The Cambridge Dictionary of Statistics*, Cambridge University Press, segunda edición, 2002, p. 107.

En el resto de periodos se observa un incremento en la correlación, lo que indicaría una relación más fuerte entre los gastos y los aportes, como se observa en el siguiente cuadro.

Cuadro 6
Correlación entre el aporte promedio y el gasto promedio en prestaciones

Período	Nivel		Primera Diferencia	
	p	Pr (p=0)	p	Pr (p=0)
I 2000- II 2015	0.7335	0.0000	0.4420	0.0000
I 2000- IV 2004	0.3065	0.0182	0.4897	0.0001
I 2005- IV 2009	0.8488	0.0000	0.2819	0.0370
I 2010- II 2015	0.8110	0.0000	0.4824	0.0000

Fuente: Susalud.

Elaboración: Secretaría Técnica de la Comisión de Defensa de la Libre Competencia

Por su parte, la correlación del crecimiento de los aportes y el crecimiento⁸⁴ del gasto en prestaciones de salud promedio fue fluctuante en el periodo evaluado.

En efecto, la correlación fue de 0.4897 durante el primer trimestre del 2000 y el cuarto trimestre del 2004, reduciéndose a 0.2819 durante el primer trimestre del 2005 y el cuarto trimestre de 2009, y luego se volvió a incrementar a 0.4824 entre el primer trimestre del 2010 y el segundo trimestre de 2015 (ver cuadro anterior).

El cambio en el valor de la correlación puede estar relacionado con la dinámica competitiva en el mercado, de forma tal que en los periodos de mayor concentración el nivel de correlación fue menor⁸⁵.

Así, en el primer trimestre del 2000 y el cuarto trimestre del 2004 existían tres EPS en el mercado con similar participación; durante la mayor parte del periodo comprendido entre el primer trimestre del 2005 y el cuarto trimestre del 2009 había dos EPS; mientras que en el periodo comprendido entre el primer trimestre del 2010 y el segundo trimestre de 2015 llegaron a operar cuatro EPS.

⁸⁴ Crecimiento medido como la variación en el tiempo del aporte y gasto promedio (primera diferencia).

⁸⁵ En un escenario de mayor competencia, los precios responden más rápidamente a los costos. En la medida que exista un mayor número de empresas, la relación entre precios y costos será más fuerte. Joseph Harrington y Joe Chen, Cartel Pricing Dynamics with Cost Variability and Endogenous Buyer Detection, *International Journal of Industrial Organization*, 24, 2006, pp. 1185–1212.

III.2.2.5. Siniestralidad

El índice de siniestralidad permite evaluar si los aportes percibidos cubren los costos de las prestaciones de servicios.

Dicho índice es igual al ratio entre los gastos en prestaciones de salud y los aportes totales recaudados por las EPS.

Al respecto, la siniestralidad del mercado alcanzó un índice de 0.846 al segundo trimestre del 2015 manteniéndose por debajo de 0.90 desde el año 2004.

La siniestralidad muestra diferencias a nivel de EPS. Como se puede observar en el siguiente gráfico, la siniestralidad de las EPS empezó siendo alta, con una fuerte volatilidad entre el año 2000 y 2004.

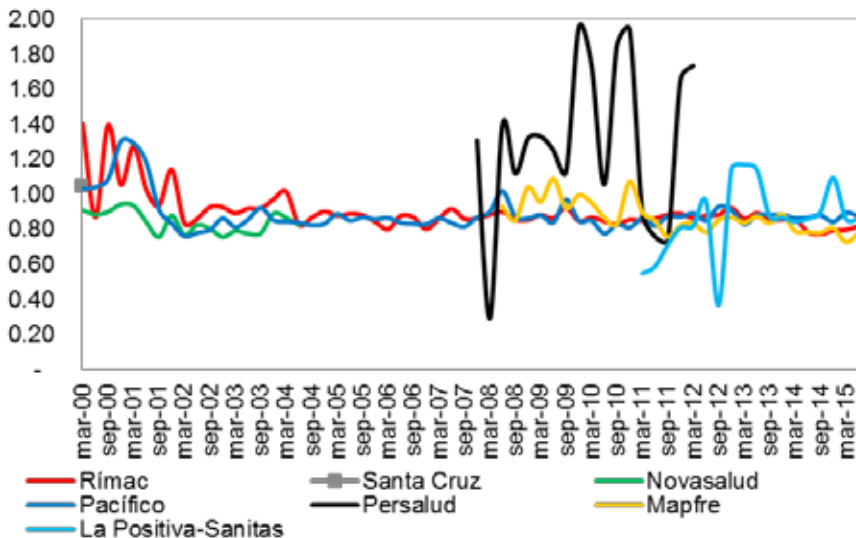
Entre el año 2005 y 2009 se tuvo una siniestralidad menor a 1 y bastante estable, excepto para las dos nuevas EPS en el mercado. A medida que las nuevas EPS captaban una mayor porción del mercado, su siniestralidad se redujo.

Así durante el periodo de 2010 a 2015 la siniestralidad fue menor a 1 y poco fluctuante en algunas EPS.

Por otro lado, Persalud no pudo conseguir una siniestralidad menor a 1 con lo que sus gastos por prestaciones de salud siempre superaban lo recaudado por el aporte de sus asegurados.

Esta situación pudo haber sido un factor determinante para su salida del mercado en el 2012.

Gráfico 10
Siniestralidad de los asegurados regulares



Fuente: Susalud.

Elaboración: Secretaría Técnica de la Comisión de Defensa de la Libre Competencia

Si se considera la siniestralidad promedio por EPS para cada uno de los periodos señalados anteriormente, se observa que la siniestralidad de Rímac, Pacífico y Mapfre fue cada vez menor y menos volátil, como se observa en el siguiente cuadro:

Cuadro 7
Siniestralidad promedio y su desviación estándar

EPS	I 2000- IV 2004		I 2005- IV 2009		I 2010- IV 2015	
	Promedio	Desviación	Promedio	Desviación	Promedio	Desviación
Rímac	0.998	0.175	0.867	0.0.031	0.851	0.038
Santa Cruz	1.049	-	-	-	-	-
Novasalud	0.840	0.062	-	-	-	-
Pacífico	0.933	0.166	0.870	0.048	0.862	0.035
Persalud	-	-	1.232	0.430	1.373	0.500
Mapfre	-	-	0.969	0.080	0.840	0.073
La Positiva-Sanitas	-	-	-	-	0.856	0.212

Fuente: Susalud.

Elaboración: Secretaría Técnica de la Comisión de Defensa de la Libre Competencia

III.2.2.6. Procesos de integración vertical⁸⁶

Otra característica vinculada al mercado de seguro regular son los procesos de integración entre distintos segmentos de la cadena de producción de servicios de salud.

Al respecto, se observa procesos de adquisición de IPRESS privadas por parte de las EPS entre los años 2007 y 2014.

Específicamente, Pacífico compró las IPRESS Doctor+, Aliada, Clínica el Golf, Clínica Sánchez Ferrer, Clínica Galeno, entre otras durante los años 2011 y 2012, mientras que Rímac compró las IPRESS Clínica San Lucas, Clínica Oncológica Miraflores y la Clínica San Miguel en los años 2007 y 2013, como se observa en el siguiente cuadro:



⁸⁶ El presente Informe no se centra en analizar los posibles efectos de la integración vertical sobre la competencia. Sin embargo, dicho análisis puede ser materia de estudios que la Comisión de Defensa de la Libre Competencia realice posteriormente.

Cuadro 8
Procesos de integración vertical relacionados a las EPS⁸⁷

EPS	IPRESS	Razón Social	Departamento	Fecha
Pacífico	Doctor +	Doctor + S.A.C.	Lima	2011
	Aliada	Oncocare S.A.C.	Lima	2011
	Clínica El Golf	Sistemas de Administración Hospitalaria S.A.C.	Lima	2011
	Clínica Sánchez Ferrer	Clínica Sánchez Ferrer S.A.C.	Lima	2011
	Clínica Galeno	Galeno I.E.M.S.A.C	La Libertad	2011
	Análisis Clínicos ML	Análisis Clínicos ML S.A.C.	Arequipa	2011
	Clínica San Borja	La Esperanza del Perú S.A.	Lima	2011
	Centro Odontológico Americano	Centro Médico Odontológico Americano S.A.	Lima	2011
	Clínica Belén	Clínica Belén S.A.	Piura	2012
	Instituto Arias Stella	Bio Pap Service S.A.C.	Lima	2012
	Laboratorio Clínico Roe	Laboratorios Roe S.A.	Lima	2014
Clínica San Felipe	Clínica San Felipe S.A.	Lima	2014	
Rímac	Clínica Internacional	Clínica Internacional S.A.	Lima	1992
	Clínica San Lucas	Clínica San Lucas S.R.L.	Lima	2007
	Clínica Oncológica Miraflores	Instituto Oncológico Miraflores S.A.	Lima	2012
	Clínica San Miguel	Administradora Clínica San Miguel S.A.	Piura	2013

Fuente: Páginas web de las empresas y memorias anuales reportadas a la Superintendencia del Mercado de Valores

Elaboración: Secretaría Técnica de la Comisión de Defensa de la Libre Competencia

Las EPS se integraron verticalmente con distintas IPRESS (clínicas) adquiriendo el manejo de la prestación de servicios de salud. De esta forma, las EPS centralizan el manejo de la provisión de servicios de salud y tienen control sobre los gastos asociados, gastos que las EPS enfrentan derivados de la prestación de servicios de salud por parte de las IPRESS o clínicas privadas a sus asegurados.

Las EPS al integrarse verticalmente con las clínicas privadas tienen un mayor control de los gastos de la prestación de los servicios que ofrecen a sus asegurados. La centralización y mayor control puede derivar en mejoras en la eficiencia en la provisión de los servicios. Sin embargo, por otro lado, los procesos de integración vertical también pueden generar efectos negativos en la competencia con la consecuente reducción en la eficiencia. Al respecto, la literatura económica resalta los efectos contrapuestos de la integración vertical en distintos mercados, incluidos los mercados de salud.

La literatura especializada señala que los procesos de integración vertical tienen ventajas y desventajas⁸⁸. La integración vertical puede mejorar la eficiencia si reduce la asimetría de información entre la EPS y las clínicas.

⁸⁷ Adicional a los procesos de compra de clínicas que han llevado a cabo las EPS Pacífico y Rímac, también se ha observado una tendencia a la construcción de clínicas propias por parte de todas las EPS del mercado.

⁸⁸ Una serie de problemas que se pueden resolver con la integración vertical también se pueden abordar con restricciones verticales. Por ejemplo, el problema de la doble marginalización también se puede

En las relaciones entre EPS y las clínicas, éstas últimas suelen tener mayor información respecto a los servicios que prestan. Por ejemplo, las clínicas pueden tener información sobre la calidad y necesidad del tratamiento médico de un asegurado. De esta forma, las clínicas o los médicos, al actuar por su propio interés, tienen incentivos a incrementar el costo de los servicios prestados ofreciendo tratamientos médicos no necesarios con el objetivo de obtener mayores ingresos.

La integración vertical puede eliminar la asimetría de información centralizando las decisiones en un solo agente, mejorando el control y monitoreo de los servicios prestados por las clínicas a los asegurados⁸⁹. Asimismo, la integración vertical puede eliminar el problema de doble marginalización que ocasiona que el precio se aleje del costo marginal del servicio. Así, la integración vertical puede generar una reducción del precio en el caso que la clínica o la EPS integrada pueda vender y comprar servicios a agentes no integrados⁹⁰.

Por otro lado, la integración vertical puede reforzar o incrementar el poder de mercado de las EPS y las clínicas al permitir la exclusión de los rivales. Por ejemplo, si una EPS adquiere una clínica que tiene una posición importante en el mercado aguas arriba puede hacer más difícil el ingreso a EPS rivales. Si los servicios que presta la clínica verticalmente integrada son importantes para que la EPS no integrada pueda competir en el mercado aguas abajo⁹¹, los procesos de integración vertical que impidan el acceso a los servicios de la clínica o incrementen los costos de los mismos limitaría la rivalidad competitiva por parte de la EPS no integrada.

De esta forma, la integración vertical incrementaría los costos de los insumos que requiere la EPS no integrada pudiendo desplazarla del mercado o desincentivar su ingreso^{92 93}.

Al respecto, si los servicios prestados por las clínicas a las EPS son diferenciados⁹⁴, las EPS y las clínicas integradas tienen incentivos a incrementar la diferenciación de sus servicios excluyendo a EPS

resolver a través de fijación de precios de reventa, tarifas en dos partes, etc. Patrick Rey y Thibaud Verge, *Economics of Vertical Restraints*. En: Paolo Buccirossi (editor), *Handbook of Antitrust Economics*, MIT Press, Cambridge, MA, 2008.

⁸⁹ Douglas Wholey, Roger Feldman, Jon B. Christianson, y John Engberg, *Scale and Scope Economies Among Health Maintenance Organizations*, *Journal of Health Economics*, Vol. 15, N° 6, 1996, pp. 657-684.

⁹⁰ El efecto en los precios se puede observar si la integración vertical no es exclusiva, de forma tal que las fuentes de aprovisionamiento para las EPS y el número de clientes para las clínicas no disminuye. Martin Gaynor y Robert J. Town, 2012, op. cit., p. 620.

⁹¹ Los servicios que presta la clínica pueden ser indispensables para las EPS. Al respecto, la Comisión de Competencia del Reino Unido observó esta característica en mercados locales que tenían un alto nivel de concentración en los servicios prestados por los hospitales, de forma tal que las empresas aseguradoras debían de contratar con hospitales para poder atender a los consumidores locales sin contar con otras opciones. Competition Commission, *Provisional Findings Report, Private Healthcare Market Investigation*, 2013, p. 223.

⁹² En el caso que los precios de las empresas de seguros sean complementos estratégicos, una integración vertical con efecto excluyente genera un efecto negativo en el bienestar incrementando los pagos que realizan las empresas de seguros a las clínicas u hospitales. Ching-To Albert Ma, *Option Contracts and Vertical Foreclosure*, *Journal of Economics and Management Strategy*, Vol. 6, N° 4, 1997, pp. 725-753.

⁹³ La integración vertical puede ser ineficiente en la medida que reduce las opciones los mercados de salud, caracterizados por tener problemas de información asimétrica y diferenciación de los servicios prestados. Si las relaciones entre EPS y clínicas son exclusivas, limitan las opciones a los consumidores, lo que puede afectar negativamente al bienestar. Este resultado ocurre inclusive en el caso que la integración vertical no tenga efecto excluyente. Martin Gaynor y Robert J. Town, 2012, op. cit., p. 621

⁹⁴ Los servicios prestados por las clínicas u hospitales y los seguros tienen algún grado de diferenciación. Rudy Douven, Rein Halbersma, Katalin Katona, y Victoria Shestalova, *Vertical Integration and Exclusive*

competidoras en la medida que dicha estrategia les permite tener redes de clínicas distintas a las de las EPS competidoras. De esta forma, el poder de negociación de la EPS integrada se incrementa siendo rentable la exclusión de EPS competidoras⁹⁵.

En general, la integración vertical puede mejorar la eficiencia productiva de las EPS, redundando en beneficios a sus asegurados. Sin embargo, este resultado es posible si las EPS enfrentan un entorno competitivo que les incentive a alcanzar dichas eficiencias y que las ganancias sean trasladadas a los asegurados. Asimismo, en un entorno de diferenciación de producto, que sería un aspecto característico en los mercados de salud, la integración vertical puede generar efectos exclusorios.

En el caso que los servicios prestados por las clínicas sean diferenciados, la EPS se integra con las clínicas y excluye a las EPS rivales con el objetivo de ofrecer un producto diferenciado (distintas redes de prestación de servicios). Si la exclusión impide que las EPS rivales compitan de manera efectiva, la integración vertical puede generar efectos negativos a los asegurados al reducir el número de alternativas.



Behavior of Insurers and Hospitals, *Journal of Economics & Management Strategy*, Vol. 23, N° 2, 2014, p. 357.

⁹⁵ En el caso que el grado de diferenciación en los servicios prestados por las clínicas sea mayor a los prestados por los seguros, la exclusión de EPS rivales por parte de la empresa verticalmente integrada es más probable. El efecto exclusorio ocurre aún en el caso de contratos no lineales. Rudy Douven et al., 2014, op. cit., p. 357.

IV. FACTORES QUE LIMITAN LA COMPETENCIA EN EL MERCADO DE SEGURO REGULAR

Las barreras a la entrada son aquellos factores que limitan la entrada de nuevos competidores y permiten que las firmas establecidas puedan elevar los precios de manera sostenida⁹⁶. Para fines de defensa de la libre competencia una barrera de entrada es una condición del mercado que disuade a nuevas empresas a ingresar al mercado y a la vez permite a las empresas establecidas fijar precios por encima a los que registrarían en un entorno competitivo⁹⁷.

Las barreras a la entrada pueden ser legales, económicas o estratégicas. Las barreras legales son las restricciones impuestas por entidades gubernamentales y pueden incluir permisos, licencias, cuotas, estándares, entre otros. Por su parte, entre las principales barreras económicas figuran las economías de escala, ventajas absolutas en costos, costos hundidos, diferenciación de productos, costos de cambio, y requerimientos de capital. Por otro lado, entre las principales barreras estratégicas se encuentran los precios límite, los precios predatorios, la inversión para reducir costos, la inversión para aumentar costos, y las restricciones verticales.

IV.1. Mecanismo de elección de EPS

En el mercado de seguro regular la elección de la EPS que prestará el plan de salud corresponde a los trabajadores, sin embargo, la entidad empleadora cumple un rol importante.

Como se mencionó en la sección III.1., la Resolución N° 0142-2011-SUNASA/CD reglamenta el proceso de elección de la EPS y establece los siguientes criterios:

- La primera convocatoria se efectúa por iniciativa propia de la entidad empleadora o por la solicitud del 20% de los trabajadores del centro de trabajo.
- El proceso de selección se inicia cuando la entidad empleadora remite una carta de invitación a una o más EPS.
- Durante el proceso de selección ni la entidad empleadora ni las EPS que participan podrán inducir el voto de los trabajadores.
- Las EPS invitadas están obligadas a cotizar el plan de salud. El proceso de selección se lleva a cabo sobre el plan que contenga las condiciones asegurables contenidas en el PEAS. En caso de que se presenten planes adicionales, estos no formarán parte del proceso de selección y serán de libre contratación por parte del trabajador.
- En ningún caso se puede declarar como preexistencias pasibles de exclusión a las condiciones asegurables contenidas en el PEAS. El resto de condiciones pueden ser declaradas preexistencias pasibles de exclusión si se cumplen ciertos requisitos contenidos en el Reglamento de la Ley N° 29344⁹⁸. Sin embargo, aunque se sigan cubriendo las preexistencias, la EPS puede restringir la cobertura a los límites que tenía en el plan donde se evidenció el diagnóstico, además de poder realizar un ajuste a las primas.
- Se declarará como ganadora a la EPS que obtenga la mayoría absoluta de los votos válidamente emitidos por los trabajadores.
- El tiempo de duración del contrato será de un año luego del cual se podrá realizar una nueva votación para la selección de una nueva EPS o se podrá renovar el contrato vigente.

⁹⁶ Ver numerales 217 a 237 del anexo de la Res. N° 045-2009-INDECOPI/CLC, del 25 de junio de 2009.

⁹⁷ Herbert Hovenkamp, *Federal Antitrust Policy: The Law of Competition and its Practice*, Segunda Edición, West Group, Minnesota, 1999, p. 39.

⁹⁸ Las preexistencias que no pertenecen al PEAS seguirán siendo cubiertas siempre que: (i) al momento del diagnóstico de la enfermedad, el trabajador haya estado bajo la cobertura de un plan y que hayan transcurrido noventa (90) días desde la afiliación a dicho plan; (ii) se haya inscrito en el nuevo plan dentro de los sesenta (60) días de extinta la anterior relación contractual; y (iii) la preexistencia sea un beneficio cubierto dentro del nuevo plan contratado y que ésta no haya sido excluida bajo el anterior plan.

- El cambio de EPS se podrá llevar a cabo, si lo solicita el 50% más uno de los trabajadores afiliados al plan contratado. En estos casos, la entidad empleadora convocará a una nueva votación para la selección de una nueva EPS.

Así, el proceso de selección de EPS lo realiza la entidad empleadora a solicitud del 20% de trabajadores o por iniciativa de la entidad empleadora. Los trabajadores sólo pueden elegir entre las EPS invitadas por la entidad empleadora.

Por otro lado, el cambio de EPS se puede realizar cuando se finaliza el contrato anual del plan de la EPS o por solicitud del 50% más uno de los trabajadores afiliados al plan. Sin embargo, la norma permite que la entidad empleadora renueve el plan contratado con la EPS de manera indefinida, y no se establece mayores requisitos para la renovación del plan de salud.

El mecanismo de selección señalado puede limitar las opciones de los trabajadores para la selección y cambio de la EPS.

En primer lugar, respecto a la selección de la EPS, las opciones de planes de EPS que pueden elegir los trabajadores están restringidas por la entidad empleadora debido a que las EPS sólo participan si la entidad les remite una carta de invitación. En segundo lugar, los trabajadores pueden cambiarse de EPS si la entidad empleadora decide no renovar el contrato con la EPS o si la mayoría de trabajadores afiliados así lo solicitan.

En el caso que los trabajadores no se organicen, la entidad empleadora tendría la potestad de renovar de manera indefinida el contrato con la EPS. El mecanismo de renovación puede ser eficiente si la entidad empleadora, a través de la negociación bilateral, puede obtener condiciones de prestación del plan de salud similares a las de un entorno de competencia. En otro escenario, la renovación indefinida del plan de salud puede afectar a los trabajadores al limitar la competencia y las alternativas disponibles.

El mecanismo de elección de EPS podría limitar la competencia si la entidad empleadora no invita a todas las EPS que pueden prestar el plan de salud.

Asimismo, también limitaría el mecanismo de cambio de EPS si los trabajadores afiliados al plan de salud no se encuentran organizados y la entidad empleadora renueva el plan de manera indefinida. Dichas disposiciones normativas podrían ser una barrera legal a la competencia efectiva de las EPS, limitando las opciones a los trabajadores.

IV.2. Costos de cambio

Adicionalmente a las posibles restricciones de la norma respecto al mecanismo de selección de la EPS, los trabajadores pueden enfrentar otras limitaciones que dificultan el traspaso de una EPS a otra como los costos de cambio.

Al respecto, los costos de cambio son aquellos costos que el consumidor debe incurrir al momento de cambiar de un proveedor a otro⁹⁹.

En el caso del mercado de seguro de salud los principales costos de cambio están relacionados con: (i) la falta de información para comparar las ofertas de los planes y a la existencia de una gran número de planes diferenciados; (ii) la pérdida de beneficios, debido a la pérdida de algunas coberturas que

⁹⁹ Michael Jones, David Mothersbaugh y Sharon Beatty, Why Customers Stay: Measuring The Underlying Dimensions of Services Switching Costs and Managing Their Differential Strategic Outcomes, *Journal of Business Research*, N° 55, 2002, pp. 441–450.

se tienen con el actual asegurador, y; (iii) el tiempo de no búsqueda, relacionado al tiempo mínimo en que un asegurado debe permanecer con un asegurador antes de poder decidir si inicia una nueva búsqueda o permanece con dicho asegurador¹⁰⁰.

Respecto a la comparación de planes de salud y el nivel de diferenciación, como se señaló, la Resolución N° 0142-2011-SUNASA/CD establece que en el proceso de selección las EPS deben presentar un plan de salud que corresponda a las condiciones asegurables contenidas en el PEAS. Si las EPS ofrecen planes complementarios, estos no constituyen objeto del proceso de selección y serán de libre contratación por parte del trabajador, debiendo ser financiado solo con aportes que él o la entidad empleadora realice, los cuales no pueden corresponder al crédito obtenido de las prestaciones a EsSalud¹⁰¹.

La norma busca que en el proceso de selección se privilegie los planes base de las EPS, estableciendo un criterio estándar que reduce la diferenciación entre planes. Sin embargo, los planes base de salud ofrecidos por las EPS pueden diferenciarse respecto a las clínicas que forman parte de sus redes, aspecto que determina el esquema de pagos para el trabajador. Por otro lado, en el proceso de selección, si bien la norma indica que no constituye objeto del mismo, los trabajadores también pueden considerar en su elección los planes complementarios de las EPS.

Los planes complementarios incluyen prestaciones adicionales al plan base, prestaciones que pueden variar entre EPS. De esta forma, los planes complementarios son productos diferenciados que pueden ser difíciles de comparar por parte de los trabajadores. Los elementos diferenciadores, de ser importantes, pueden constituir en costos de cambio que dificulten la elección del trabajador que evalúa en conjunto el plan base y el plan complementario ofrecido por la EPS.

Por otro lado, en el caso de las preexistencias, se estableció que se debía cumplir con lo considerado en el Reglamento de la Ley N° 29344. De esta manera, las condiciones aseguradas en el PEAS no pueden ser declaradas como preexistencias pasibles de exclusión.

Para el caso de los planes complementarios, la declaratoria de exclusión de una enfermedad aplican las siguientes condiciones: (i) que el criterio de exclusión se encuentre claramente definido en el plan de aseguramiento y los afiliados al plan hayan sido informados; (ii) que al momento de diagnóstico de la enfermedad, el afiliado no se haya encontrado bajo la cobertura de un plan de salud o que se haya diagnosticado antes de transcurridos noventa días desde su afiliación, (iii) que se haya inscrito al plan de salud luego de sesenta días de terminado el contrato con la anterior EPS, (iv) que la preexistencia no se haya generado durante la vigencia del plan de salud, o que haya estado excluida dentro de los beneficios de dicho plan, (v) si no se declaró la preexistencia o se dio declaración falsa en el nuevo plan.

Si bien las preexistencias que no pertenecen al PEAS deben seguir siendo cubiertas por los nuevos planes, se permite que las EPS ofrezcan planes que cubran sólo los límites que tenían esa condición en el plan donde se evidenció el diagnóstico, y las EPS pueden realizar el ajuste de las primas. De esta forma, los trabajadores pueden enfrentar un costo de cambio en la forma de pérdida de beneficios si la EPS alternativa incrementa el monto de la prima por las preexistencias, efecto que dependerá del nivel de competencia que exista en el mercado analizado¹⁰².

¹⁰⁰ Daniëlle Duijmelinck, Ilaria Mosca y Wynand Van de Ven, *Switching Benefits and Costs in Competitive Health Insurance Markets: A Conceptual Framework and Empirical Evidence From The Netherlands*, Health Policy, N° 119, 2015, pp. 664–671.

¹⁰¹ Para el caso de los asegurados potestativos si se tendría la figura de heterogeneidad de planes ya que pueden escoger asegurarse en EPS, Prepagas o Aseguradoras con lo que la cantidad de planes a comparar se eleva considerablemente.

¹⁰² En relación a este costo de cambio, en Chile la Sentencia 57/2007 del Tribunal de Defensa de la Libre Competencia menciona que los asegurados con prexistencias se verán incentivados a no cambiar

En relación al periodo mínimo de contrato, se estableció que los planes de salud que las entidades empleadoras suscriban con las EPS, luego de su proceso de selección, deben tener una duración mínima de un año siendo posible extenderlo si así lo decide la entidad empleadora^{103 104}.

En general, el mecanismo de elección de EPS establecido por la norma, y la existencia de los costos de cambio señalados líneas arriba habrían incidido en la baja movilidad de las entidades empleadoras entre EPS descrita en la sección III.2.2. Como se señaló, se tiene que solo un 4.91% de empresas empleadoras cambiaron de EPS en el 2013 y un 5.04% en el 2014, entidades que representaron 3.68% y 2.60% de los afiliados regulares totales, respectivamente.

En resumen, la presencia de costos de cambio puede explicar algunos de los resultados obtenidos por las EPS señalados en la sección III.2.2. En efecto, las EPS con menor cuota de mercado pudieron ser afectadas por la presencia de los costos de cambio generando una baja movilidad de las entidades empleadoras hacia dichas EPS, y por el hecho de que las nuevas entidades empleadoras tienden a afiliarse a las EPS más grandes.

Las barreras señaladas tienen incidencia en la gestión de las EPS. En efecto, las EPS tienen un nivel de siniestralidad menor a medida que el número de asegurados se incrementa. Como se observa en el siguiente gráfico, las EPS que cuentan con un número de afiliados alrededor de 100,000 tienen un índice de siniestralidad¹⁰⁵ menor a la unidad (0.86 en promedio) poco disperso (0.04). Las EPS con un número de afiliados entre 20,000 y 100,000 tienen un mayor índice de siniestralidad (0.91 en promedio) con mayor dispersión (0.15), mientras que las EPS con un número de afiliados menor a 20,000 tienen un índice de siniestralidad mayor a 1 con la más alta dispersión (0.35)¹⁰⁶. Dicha relación se puede deber a que las EPS que cuentan con más afiliados tienen la ventaja de poseer un portafolio de asegurados más diversificados en ciertos atributos (edad, sexo, etc.) que inciden en la intensidad de uso de los servicios de salud y así en el nivel de gasto que deben afrontar.

Luego, si se considera un mismo nivel de primas, las EPS con más afiliados -mayor cuota de mercado- tendrán una mejor gestión del gasto en salud obteniendo un mejor índice de siniestralidad.

de Instituciones de Salud Previsional, que es un símil del sistema EPS peruano, pues las condiciones ofrecidas en cuanto a precio y coberturas serían disuasorias.

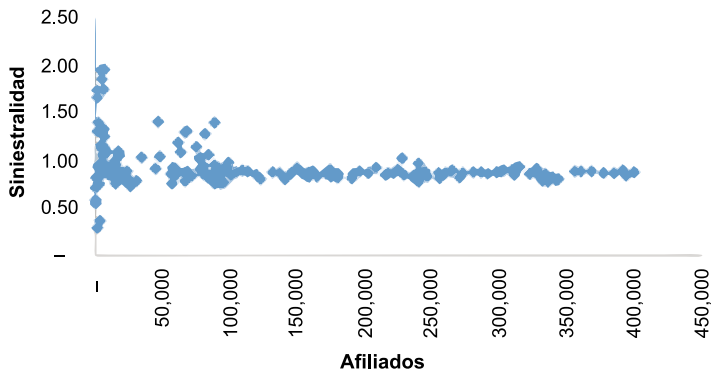
¹⁰³ Vale mencionar que otro factor asociado al costo de no búsqueda puede ser el periodo de carencia. El reglamento de la Ley N° 26790 el periodo de carencia es el período de tres meses, en los que se ha realizado aportaciones consecutivas a un plan de seguro, luego de los cuales se tiene derecho de cobertura. Sin embargo, para el caso de los planes que las entidades empleadoras contratan es más relevante el plazo mínimo de contrato.

¹⁰⁴ A propósito, la Fiscalía Nacional Económica y el Tribunal de Defensa de la Libre Competencia de Chile han considerado que el periodo mínimo de contrato es una barrera a la entrada en el mercado de Instituciones de Salud Previsional (Isapres). Fiscalía Nacional Económica, Informe de Archivo sobre Denuncia Contra Instituciones de Salud Previsional (Isapres), Agosto de 2015. Sentencia 57/2007 del Tribunal de Defensa de la Libre Competencia.

¹⁰⁵ La siniestralidad se define como el ratio entre el gasto en prestaciones de salud que realiza una EPS y el monto de los aportes que recibe de sus asegurados.

¹⁰⁶ Para este caso mediremos el tamaño de una IAFAS EPS considerando el número de afiliados que posee; para medir el riesgo consideraremos el índice de siniestralidad definido como el ratio entre el gasto total en prestaciones y el monto total de aporte de los afiliados.

Gráfico 11
Relación entre el número de afiliados de una EPS y su siniestralidad



Cuadro 9
Siniestralidad

Intervalo de Afiliados	Siniestralidad		
	Promedio	Desviación Estándar	Coficiente de Variabilidad
Menor a 20,000	1.0189	0.3484	0.342
Entre 20,000 y 100,000	0.9128	0.1543	0.169
Más de 100,000	0.8612	0.0382	0.044

*Se utiliza la información trimestral del número de afiliados y siniestralidad desde el primer trimestre del año 2000 hasta el primer trimestre de 2015 para todas las EPS que han estado en el mercado.
Fuente: Susalud.

Elaboración: Secretaría Técnica de la Comisión de Defensa de la Libre Competencia

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Los mercados de seguros de salud ofrecen cobertura financiera de los riesgos de salud que pueden afectar a los consumidores, riesgos que pueden generarles pérdidas en los ingresos.

Los consumidores estarán dispuestos a pagar una prima para acceder al seguro, prima que en un mercado sin imperfecciones reflejarían los gastos futuros por salud que enfrentarían los consumidores. Sin embargo, los mercados de seguros enfrentan asimetrías de información que pueden generar que las aseguradoras implementen estrategias de selección contractual que generen resultados ineficientes.

El papel del sector privado en los mercados de seguros ha sido un tema discutido en distintos países. Por un lado, el sector privado se percibe como una alternativa de financiamiento eficiente que puede generar innovación y diversidad de productos a favor de los consumidores. Por otro lado, se discute el tipo de competencia que puede generarse y que afectaría a los consumidores menos saludables a través de las estrategias de selección de riesgo.

Diversos estudios indican la importancia de la competencia para el correcto funcionamiento de los mercados de seguros de salud, en la medida que la mayor competencia permitiría reducir el poder de mercado de las aseguradoras.

En el Perú, el sistema de seguros de salud es ofrecido por las IAFAS públicas y privadas. Las IAFAS privadas son las EPS, Aseguradoras, Prepagas, Autoseguros y AFOCAT. Las IAFAS tienen la obligación de ofrecer el PEAS, que es el plan esencial o básico de salud que cubre las condiciones más recurrentes en la población y cuyo tratamiento es de menor complejidad. Las IAFAS deben establecer relaciones contractuales con las IPRESS que vienen a ser las entidades encargadas de la prestación de los servicios de salud.

Las IAFAS se encuentran comprendidas dentro del régimen contributivo de forma tal que sus ingresos provienen del pago del afiliado o el realizado por su empleador. Dentro de dicho régimen se encuentran los afiliados regulares (trabajadores dependientes básicamente) y potestativos (el resto de trabajadores).

En el caso de los afiliados regulares, los empleadores se encargan de pagar el seguro de salud con un aporte equivalente al 9% de sus remuneraciones o ingreso mensual de los afiliados, el cual es destinado a EsSalud, aporte que le permite a los afiliados atenderse en la red de IPRESS de EsSalud. Adicionalmente, en el caso que los afiliados regulares deseen contratar con una EPS, una parte del aporte del seguro de salud está a cargo del empleador y es equivalente al 25% del 9% que se destinaría a EsSalud (donde EsSalud recibiría el 75% del 9% restante).

Por último, en el caso que el afiliado regular desee contratar con una IAFA distinta a una EPS o el afiliado potestativo desee contratar el servicio de seguro deberá financiar el mismo a través de sus propios recursos.

Las IAFAS públicas alcanzaron los 22.8 millones de afiliados, mientras que las IAFAS privadas registraron 1.2 millones de afiliados en el 2014. Por su parte, las EPS fueron las IAFAS privadas más importantes y concentraron el 70% de los afiliados al sector privado. El seguro a afiliados regulares explicó el 80% de los ingresos de las EPS.

El mercado bajo análisis es el seguro regular brindado por las EPS. El seguro permite al afiliado regular acceder al PEAS y a las prestaciones de servicios de salud ofrecidos por las IPRESS contratadas por las EPS para tal fin.

El PEAS es ofrecido por las IAFAS públicas y privadas, pudiendo los afiliados regulares elegir entre ambos tipos de IAFAS. Sin embargo, las IAFAS públicas prestarían un servicio diferenciado que se refleja en los mayores tiempos de atención de sus IPRESS vinculadas respecto a las IPRESS de las IAFAS privadas, lo que restringiría la elección de los afiliados regulares.

Asimismo, las EPS se diferencian del resto de IAFAS porque parte del financiamiento del seguro corre a cuenta del empleador, y las EPS cuentan con una red de atención más amplia que las Prepaga y Auto-seguros. Por su parte, las EPS ofrecen el seguro regular a nivel nacional compitiendo en dicho ámbito.

Sin embargo, la competencia se podría realizar a nivel local (departamento) si los consumidores eligen seguros regulares que les permitan utilizar los servicios de salud de las IPRESS cercanas (a una distancia de recorrido de 1 hora). Así, el mercado considerado en el Informe es el seguro regular brindado por las EPS a nivel nacional (mercado de seguro regular). Adicionalmente, la competencia también se podría dar en un ámbito geográfico local (departamento).

En el mercado de seguro regular participan cuatro EPS: Rímac, Pacífico, Mapfre y La Positiva-Sanitas siendo un mercado altamente concentrado. Rímac y Pacífico representaron el 93.7% (94.6%) de asegurados regulares (de aportes) totales del mercado y el HHI fue de 4,444 (4,506) en el segundo trimestre de 2015. Por su parte, el nivel de movilidad o traspasos de entidades empleadoras entre EPS es baja y alcanzó el 5% en el 2014, donde Rímac y Pacífico fueron las EPS que mayores captaciones obtuvieron (66% del total). La importancia de Rímac y Pacífico respecto a nuevos afiliados fue aún mayor, representando el 84% de los nuevos asegurados en el 2014.

Por otro lado, los aportes promedio percibidos por las EPS siguieron una tendencia creciente desde el 2009, siendo Rímac la EPS que obtuvo el mayor aporte (S/. 157.89 por mes) en el segundo trimestre del 2015. Los aportes se encuentran vinculados, entre otros factores, a las prestaciones de salud que realizan los afiliados.

Al respecto, el número de prestaciones por afiliado se redujeron pasando de 6.8 en el 2009 a 5.9 en el 2014. Por su parte, el gasto por prestación de salud se incrementó pasando de S/. 186.7 en el 2009 a S/. 254.8, lo que determinó la tendencia creciente en el gasto de salud por afiliado. Los aportes y el gasto de salud por afiliado se encuentran correlacionados positivamente, alcanzado el valor 0.81 en el periodo de 2010 al segundo trimestre del 2015.

Adicionalmente, una característica del mercado de seguro de salud son los procesos de integración vertical de las EPS con las IPRESS, quienes proveen los servicios de salud. Al respecto, la literatura especializada señala que la integración vertical puede mejorar la eficiencia productiva de las EPS, redundando en beneficios a sus asegurados.

Sin embargo, este resultado es posible si las EPS enfrentan un entorno competitivo que les incentive a alcanzar dichas eficiencias y que las ganancias sean trasladadas a los asegurados.

En un entorno de diferenciación de producto, que sería un aspecto característico en los mercados de salud, la integración vertical puede generar efectos exclusorios. Cuando la EPS se integra con las clínicas tienen incentivos a incrementar la diferenciación de sus servicios excluyendo a EPS competidoras en la medida que dicha estrategia les permite tener redes de clínicas distintas a las de las EPS competidoras. Si la exclusión impide que las EPS rivales compitan de manera efectiva, la integración vertical puede generar efectos negativos a los asegurados al reducir el número de alternativas.

En el mercado de seguro regular se observa la presencia de barreras a la entrada.

En primer lugar, el mecanismo de elección de EPS podría limitar la competencia en la medida que permite que las entidades empleadoras puedan elegir a las EPS que participarían del proceso de elección y que puedan renovar de manera indefinida el contrato vigente si los trabajadores no solicitan la realización de un nuevo proceso de elección.

En segundo lugar, existirían ciertos costos que enfrentarían los afiliados al momento de decidir cambiar de EPS (costos de cambio). En particular, si bien las EPS compiten en base al PEAS que es un plan de salud que tiene las mismas características respecto a las condiciones que se deben cubrir, las

EPS pueden introducir elementos diferenciadores respecto a la red de IPRESS que ofrecen y planes complementarios.

Dichos elementos incrementan la heterogeneidad de los planes ofrecidos por las EPS y dificultan la elección por parte del afiliado. Adicionalmente, si bien las preexistencias de las condiciones que no pertenecen al PEAS (las condiciones del PEAS no pueden ser declaradas preexistencias) deben seguir siendo cubiertas por los nuevos planes, las EPS pueden realizar un ajuste en sus primas, incremento que puede dificultar el cambio del afiliado.

La presencia de barreras a la entrada habría incidido en la reducida movilidad de los afiliados en el mercado. Al respecto, la baja movilidad es una característica presente en otros países. En Bélgica la movilidad fue de 1% en el 2000, en Alemania entre el 4% y 8% en el periodo de 1997 y 2007, Holanda entre 3.5% y 6% en el periodo de 2009 y 2011, mientras que en Suiza alcanzó el 15% en el 2009¹⁰⁷.

La evidencia comparada indica que existen otros factores que pueden explicar la reducida movilidad que están asociadas a las características de los afiliados. Así, en Suiza, Alemania y Holanda las personas jóvenes y con menor riesgo de salud tienden a movilizarse con mayor frecuencia.

En Estados Unidos la edad reduciría los incentivos de cambiar de aseguradora¹⁰⁸.

En Chile se encontró que la baja movilidad de los afiliados del seguro privado se debe a que los afiliados enfrentan dificultades que les impiden desplazarse a otro seguro asociadas a edad y enfermedad¹⁰⁹. Así, los consumidores que tienen una edad avanzada y cuentan con alguna enfermedad se encuentran limitados de desplazarse de empresa de seguro. Dichos consumidores pueden enfrentar costos al cambiar de aseguradora debido a que pueden interrumpir el tratamiento, lo que podría estar relacionado al uso de contratos que seleccionan riesgos¹¹⁰. Luego, la reducida movilidad puede estar relacionada a la implementación de estrategias de selección de riesgos por parte de las empresas aseguradoras¹¹¹.

En ese sentido, sería adecuado profundizar el análisis sobre la movilidad de los afiliados en el mercado de seguro regular, en particular identificar si la selección de riesgos por parte de las aseguradoras puede incidir en la movilidad de los afiliados.

La selección de riesgos puede generar problemas de eficiencia, limitando las alternativas de los consumidores con mayor riesgo de salud.

¹⁰⁷ Sarah Thomson, Reinhard Busse, Luca Crivelli, Wynand van de Ven, y Carine Van de Voorde, *Statutory Health Insurance Competition in Europe: A four-country comparison Health Policy*, Vol.109, N° 3, 2013, p. 216

¹⁰⁸ Thomas C. Buchmueller y Paul J. Feldstein, *The Effect Of Price On Switching Among Health Plans*, *Journal of Health Economics* 1997; Vol. 16, N°. 2, p. 242.

¹⁰⁹ Se estima que el 30.3% de los beneficiarios serían potenciales consumidores que no se movilizarían a otra empresa de seguro (consumidores cautivos) en el 2007. En el caso de contratos colectivos, como los negociados por las entidades empleadoras, las personas jóvenes y sanas también pueden enfrentar costos de cambio si la decisión de movilizarse depende de la elección de personas de edad y enfermas. Superintendencia de Salud, *Magnitud y Características de la Cautividad en el Sistema Isapre*, Departamento de Estudios y Desarrollo, 2009, p. 4-5.

¹¹⁰ Sarah Thomson, et al., 2013, op. cit., p. 216.

¹¹¹ Superintendencia de Salud, *Propuestas de regulación al problema de los precios, planes y cautivos en Isapres y su Relación con el Fondo de compensación solidario Informe Final*, Departamento de Estudios y Desarrollo, 2009, p. 27-31.

Asimismo, las empresas aseguradoras pueden centrar sus esfuerzos en seleccionar riesgos afectando la provisión eficiente de los seguros en la medida que en el corto plazo los recursos que disponen son escasos. Por ello, algunos estudios recomiendan implementar medidas para limitar las estrategias de selección de riesgos¹¹² e impulsar políticas de competencia en beneficio de los consumidores¹¹³.

En atención a las características observadas del mercado de seguro regular que se desprenden del análisis efectuado por la Secretaría Técnica, se pueden realizar las siguientes recomendaciones:

- A fin de eliminar las barreras a la entrada que se originan en el proceso de selección convocado por las entidades empleadoras se recomienda:

(i) Reemplazar la disposición que establece que el proceso de selección de Entidades Prestadoras de Salud por parte de las Entidades Empleadoras se inicie con una carta de invitación a una o más Entidades Prestadoras de Salud, por la obligación de invitar a todas las Entidades Prestadoras de Salud presentes en el mercado.

Esta propuesta requiere que se modifique el artículo 5 de la Resolución de Superintendencia 142-2011-SUNASA/CD, disponiendo que se deba cursar una carta de invitación a todas las Entidades Prestadoras de Salud presentes en el mercado; y la modificación del artículo 102 del Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, aprobado por el Decreto Supremo N° 008-2010-SA disponiendo que se deba invitar a todas las Entidades Prestadoras de Salud presentes en el mercado.

(ii) Modificar la disposición que establece la posibilidad de ampliar la vigencia del contrato entre las Entidades Prestadoras de Salud y las Entidades Empleadoras, estableciendo un plazo máximo para la ampliación de la vigencia del contrato.

Esta propuesta requiere que se modifique el artículo 24 de la Resolución de Superintendencia N° 142-2011-SUNASA/CD, disponiendo que la vigencia del contrato se amplíe considerando un plazo máximo. Dicho plazo máximo debe ser determinado por la Superintendencia Nacional de Salud.

(iii) Implementar medidas para facilitar la evaluación conjunta del plan base y los planes complementarios propuestos por las Entidades Prestadoras de Salud en el marco del proceso de selección convocado por las Entidades Empleadoras, a fin de reducir los problemas de información que pueden enfrentar los trabajadores en el proceso de selección debido a la heterogeneidad de los planes.

Entre las medidas que se pueden implementar estarían, por ejemplo, establecer formatos predefinidos que sean utilizados por las Entidades Prestadoras de Salud para la presentación de propuestas; desarrollar un sistema de información (aplicativo) que permita a la Entidad Empleadora utilizar los formatos y comparar los planes base y complementarios; proponer los criterios que los trabajadores deberían valorar de las propuestas, entre otros.

Dichas medidas podrían ser implementadas por la Superintendencia Nacional de Salud, en la medida que es la entidad con funciones de regulación de las Entidades Prestadoras de Salud.

¹¹² Varios países implementan mecanismos de ajuste de riesgos. Dichos mecanismos permiten utilizar la información disponible para estimar el gasto esperado en salud de los consumidores (individuales) en un periodo específico y, con ello, destinar recursos a los consumidores o los planes de salud para mejorar la eficiencia. Wynand P.M.M. van de Ven y Randall P. Ellis, 2000, op. cit., p. 758

¹¹³ La competencia permite obtener un resultado eficiente si las aseguradoras no implementan medidas de selección de riesgos. Sarah Thomson, et al., 2013, op. cit., pp. 209-210. Los mecanismos de ajuste de riesgos adecuados permiten una asignación eficiente de recursos en el mercado de salud en general. Wynand P.M.M. van de Ven y Randall P. Ellis, 2000, op. cit., pp. 776-779.

ISBN: 978-9972-664-57-1



9 789972 664571



www.indecopi.gob.pe

 www.escuela-indecopi.com

 escuela@indecopi.gob.pe

Calle De la Prosa N°104 San Borja, Lima - Perú Telef. (51-1) 224-7800