

**INTEGRACIÓN VERTICAL ENTRE EPS - IPS: EFECTO EN LA CALIDAD Y LOS
PRECIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD**

**ANDREA LILIANA DÍAZ BAUTISTA
GIOVANNA RODRÍGUEZ GARCÍA**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA DE ECONOMÍA Y ADMINISTRACIÓN
BUCARAMANGA**

2010

**INTEGRACIÓN VERTICAL ENTRE EPS - IPS: EFECTO EN LA CALIDAD Y LOS
PRECIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD**

**ANDREA LILIANA DÍAZ BAUTISTA
GIOVANNA RODRÍGUEZ GARCÍA**

Proyecto de grado para optar al título de Economista

**Director
JORGE LUIS NAVARRO ESPAÑA
Economista y Magíster en Gestión y Políticas Públicas**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA DE ECONOMÍA Y ADMINISTRACIÓN
BUCARAMANGA**

2010

DEDICATORIA

Este trabajo se lo dedico a Dios como forma de agradecimiento por todas las bendiciones que recibo día a día. Con todo el amor a mi madre María Luisa Bautista y a mi tía Guillermina Bautista, que han formado todo lo bueno en mí, y con su apoyo y cariño incondicional ayudaron a que este logro se hiciera realidad. Y a Juan Camilo Atencia con quien he compartido bellos momentos en mi vida y ha sido una persona incondicional desde que estamos juntos

Andrea

Este trabajo está dedicado especialmente a mi familia, mis papas y mi hermana, para quienes el logro de mis metas siempre ha tenido un importante significado. El apoyo de ellos en la consecución de cada uno de mis fines es de especial importancia, pues mi mayor fruto ha sido llevar felicidad a sus vidas a través de mis actos. Una lluvia de luz y amor,

Giovanna

AGRADECIMIENTOS

Ante todo, y como muestra de agradecimiento a la fuerza motriz que motiva cada paso en nuestras vidas, agradecemos al Dios universal, que nos permite Ser, crecer, soñar, aprender y enseñar. Asimismo, agradecemos a cada una de nosotras, pues para estar plenamente en armonía debemos reconocer el aporte que cada una de nosotras hizo para conseguir este producto. Igualmente, y en muestra de nuestra más profunda gratitud, agradecemos al profesor Jorge Luis Navarro España, por su dedicación, los aportes y las sugerencias que nos brindo desinteresadamente durante todo el tiempo de trabajo. Finalmente, en esta muestra de agradecimientos no pueden quedar de lado nuestras familias, por el apoyo, la paciencia y la tolerancia que nos tuvieron mientras realizábamos nuestra labor. Pero asimismo, a nuestros amigos más cercanos, por las ideas, las sugerencias, los pequeños tips, porque gracias a ellos se facilitó el trabajo y se amenizó la consecución del producto.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	16
1. CARACTERÍSTICAS DEL MERCADO DE SALUD EN COLOMBIA	20
1.1 ANTECEDENTES	20
1.2 MARCO CONCEPTUAL DE LA REFORMA	23
1.3 REFORMA DE LA LEY 100	25
1.4 MERCADO HORIZONTAL Y VERTICAL EN EL SISTEMA DE SALUD	31
2. DESCRIPCIÓN DE LOS DETERMINANTES DE LA IV: EVIDENCIA EMPÍRICA PARA COLOMBIA	39
2.1 INTEGRACIÓN VERTICAL: GENERALIDADES	39
2.2 CUASI - INTEGRACIÓN VERTICAL	47

2.3	ASPECTOS OPERATIVOS DE LA IV	52
2.4	EVIDENCIA EMPÍRICA DE IV EN COLOMBIA	54
3.	EFFECTOS DE LA IV EN EL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO	66
3.1	VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LA IV	66
3.2	EFFECTOS EN LA CALIDAD	70
3.3	EFFECTOS EN LOS PRECIOS	80
4.	CONCLUSIONES	85
	BIBLIOGRAFÍA	89
	ANEXOS	92

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Razón de concentración de las cuatros firmas más grandes del mercado de EPS por número de afiliados (2000-2009)	36
Figura 2. Índice Herfindahl Hirschman en el mercado de EPS (2000-2009)	38
Figura 3. Participación en el gasto total de IPS – principales EPS del mercado (2000-2008)	58
Figura 4. Ratio de concentración del gasto (4) (2000-2008)	59
Figura 5. Ratio de concentración del gasto (4) sin contar ISS (2000-2008)	61
Figura 6. Concentración de afiliados vs. Concentración del gasto (2000-2008)	62
Figura 7. Grado de IV vs. Indicador global de desempeño en calidad (2006-2008)	74
Figura 8. Grado de IV vs IPC de gastos de aseguramiento privado y otros gastos (2000-2008)	82
Figura 9. Grado de IV vs IPC de servicios de salud (2000-2008)	83

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Indicador de IV: grado de control sobre IPS en el mercado	56
Tabla 2. Amplitud de la IV: EPS con mayor grado de control vertical en el mercado	64
Tabla 3. Desempeño en global en calidad	75
Tabla 4. Desempeño en oportunidad y accesibilidad	76
Tabla 5. Desempeño en calidad técnica y gerencia del riesgo	77
Tabla 6. Desempeño en satisfacción y lealtad	79

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO A. Tabla de valores del CR ₄	92
ANEXO B. Tabla valores IHH	92
ANEXO C. Relación entre concentración de afiliados y grado de IV año por Año	93
ANEXO D. Relación entre grado de IV e indicador de desempeño en calidad año por año	98
ANEXO E. Tabla indicadores de desempeño en calidad	100

RESUMEN

TÍTULO

INTEGRACIÓN VERTICAL ENTRE EPS - IPS: EFECTO EN LA CALIDAD Y LOS PRECIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD*

AUTORES

ANDREA LILIANA DÍAZ BAUTISTA
GIOVANNA RODRÍGUEZ GARCÍA**

PALABRAS CLAVE

INTEGRACIÓN VERTICAL, CUASINTEGRACIÓN VERTICAL, CALIDAD SERVICIOS DE SALUD, PRECIOS DE SERVICIOS DE SALUD.

DESCRIPCIÓN

El mercado de salud se basa en un sistema de competencia regulada para preservar la calidad y eficiencia en la prestación de servicios. Por ello se permitió prestar el servicio en red propia o externa.

La Integración Vertical (IV) no es buena o mala, depende del objetivo que se persiga: mejorar los procesos o capturar rentas. Así, a partir de la cadena del mercado se identificó el gasto de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) en las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) y se determinó el grado de restricciones verticales que las EPS imponen, como grandes compradores, a las IPS.

Sin tener en cuenta al Instituto de Seguro Social (ISS), el grado de (IV) ha aumentado; se evidencia que las EPS han gastado más en red propia de servicios básicos de salud, porque estos son la puerta de entrada al sistema y permite ejercer mayor control. A nivel de la calidad se estableció un indicador de desempeño ordinal y los datos reflejaron que, para prestar servicios con calidad, mayores grados de integración no son suficientes. En cuanto a la relación con el índice de precios de salud no se evidenció una relación entre el grado de IV y los precios de aseguramiento social y privado que se paga en el sistema. Sin embargo, se notó que entre los precios de Servicios de Salud, que reflejan los contratos de las EPS con IPS, hay una relación positiva.

* Trabajo de grado

** Facultad de Ciencias Humanas. Escuela de Economía y Administración. Director: Jorge Luis Navarro España.

ABSTRACT

TITLE

VERTICAL INTEGRATION BETWEEN EPS - IPS: EFFECT ON THE QUALITY AND PRICES OF HEALTH SERVICES*

AUTHORS

ANDREA LILIANA DÍAZ BAUTISTA
GIOVANNA RODRÍGUEZ GARCÍA**

KEY WORDS

VERTICAL INTEGRATION, VERTICAL CUASI-INTEGRATION, QUALITY HEALTH SERVICES, PRICES HEALTH SERVICES.

DESCRIPTION

The health market is based on regulated competition's system to preserve the quality and efficiency in service provision. Therefore is possible provide the service by own network or external network.

Vertical Integration (IV) isn't good or bad, it depends on the objective to be achieved: capture processes or rents seeking. So, from the market chain, identified the spend that Health Promoting Companies (EPS) makes in Health Institutions (IPS) and determined the degree of vertical restrictions that EPS imposes, as big costumer, at the IPS market.

Regardless of the Social Security Institute (ISS), the degree of IV has increased; it's evident that the EPS spent more on their own networks of basic health services, because they're the gateway to the system and allows exert more control. A quality level established a performance indicator and ordinal data showed, to provide quality services, greater degrees of are not sufficient. As for the relationship with the health price index showed no relationship between the degree of IV and prices of social and private insurance that is paid into the system. However, it was noted that the prices of health services, reflecting the EPS contracts with IPS, is a positive relationship.

* Work degree

** Faculty of Humans Sciences. School of Economic and Administration. Director: Jorge Luis Navarro España.

INTRODUCCIÓN

La salud es un derecho constitucional y es un deber del Estado garantizarla¹. Pero, ¿qué es la salud? La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Dicha definición implica necesariamente un componente subjetivo para cada individuo. En este sentido ¿cómo garantizar un “estado saludable? Una forma es a través de los servicios médicos de salud, pero también de la igualdad de oportunidades. Así, la salud es un tema primordial en la agenda pública del gobierno nacional, porque afectan directamente la calidad de vida de los ciudadanos. Y siendo un derecho constitucional, el gobierno debe velar por el buen funcionamiento del Sistema de Salud, de tal forma que garantice la accesibilidad, la cobertura y la calidad en la prestación del servicio, en igualdad de oportunidades para todos.

Ahora bien, a lo largo de los años se han implementado diversos métodos regulatorios para brindar un aseguramiento efectivo y oportuno. Ya sea por medio del monopolio estatal, la competencia entre aseguradoras o de la competencia regulada. En la actualidad el sistema adopta una forma de competencia regulada, reglamentado por la Ley 100 de 1993 y, posteriormente, con la Ley 1122 de 2007 en la cual se incluyen medidas que había quedado por fuera de la Ley 100 y otras modificaciones.

En general la Ley 100 de 1993 introdujo tres modificaciones a resaltar: primero,

¹ En el Art 49 de la Constitución de 1991 se señala que le corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes. Además, en el Art 366 se observa que el bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población son finalidades sociales del Estado y, por tanto, será un objetivo fundamental de su actividad la solución de necesidades insatisfechas en materia de salud.

dividió el sistema en dos, régimen contributivo y subsidiado. En el contributivo se incluyen todas aquellas personas empleadas que contribuyen al sistema; y en el subsidiado, aquellos que no tiene recursos para pagar y son subsidiados por el Estado. El segundo gran cambio es la definición del Plan Obligatorio de Salud (POS), el cual se constituye como el plan básico de servicios médicos que se ofrecen en el mercado. Por último, lo relacionado a los agentes que intervienen en el mercado: el Estado regulador y coordinador del sistema; las Entidades Promotoras de Salud (EPS), quienes tienen la función de aseguramiento y recaudo de los contribuyentes, pero asimismo tienen el deber de aceptar a cualquier persona que cumpla con los requisitos para ingresar al sistema; y las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), que son las encargadas de brindar los servicios médicos de salud.

Ahora bien, en un principio la Ley 100 de 1993 reguló las relaciones entre EPS e IPS. En su Art 179 sugiere que las EPS pueden o contratar en el mercado con una IPS o prestar los servicios por medio de una IPS propia o que pertenezca al mismo grupo empresarial. Dado lo anterior, en el sistema se presentó un proceso de fusiones y adquisiciones entre EPS e IPS, unificando los dos eslabones de la cadena productiva. Por ejemplo el caso de Saludcoop, quién nació en 1994 y en los últimos años ha mostrado un importante crecimiento en su patrimonio, se ha fusionado con EPS como Cruz Blanca (2002) y Cafesalud (2003), tiene su propia red de clínicas hospitalarias, laboratorios clínicos y una empresa especializada en el suministro de medicamentos y productos hospitalarios².

Pero, dado que este proceso iba en contra de principios de la Ley, en cuanto a competencia se refiere, se emitió la Ley 1122 de 2007. Esta Ley hace varias modificaciones al sistema de salud, pero es especialmente importante en la

² Saludcoop además cuenta con un sinnúmero de empresas en diferentes áreas que le proporcionan servicios complementarios. Al respecto se puede consultar la columna de opinión de Daniel Coronell en la revista semana del 30 de enero: <http://www.semana.com/noticias-opinion/donde-esta-bolita/134332.aspx>

medida en que reguló la contratación entre EPS e IPS. Específicamente, la Ley 1122 fijó a un 30% el porcentaje de servicios que una EPS puede prestar mediante red propia. Como consecuencia de ello, muchas EPS tuvieron que iniciar un proceso de venta de clínicas y hospitales que habían adquirido. Aun así, y como más tarde se evidenciará en el trabajo, el proceso de desintegración vertical, no se ha afianzado y muchas EPS continúan teniendo un gran control sobre el mercado de IPS.

En cuanto a los pros y los contras de esta medida, se ha hablado bastante. En general, se sugiere que la integración vertical (IV), entre EPS e IPS, es beneficiosa en la medida en que permite un mejor control de la calidad de los servicios prestados. Pero también, se puede contra argumentar que la IV puede conducir a la captación de rentas, por medio de disminución de costos a costa de la disminución de la calidad técnica, con el único objetivo de aumentar el diferencial del precio recibido (UPC), y los costos de atención y tratamientos.

Al respecto, este trabajo argumenta que la Integración Vertical entre EPS e IPS no ha contribuido a una mejora del funcionamiento del mercado de la salud. Pues, según cifras de la Superintendencia de Salud, para los últimos cuatro años el 50% de las quejas presentadas por los usuarios fueron por problemas en la prestación del servicio, el 25% por problemas de aseguramiento, el 15% por prestaciones económicas y el 10% restante a otros inconvenientes entre los cuales se destacan el seguimiento a tutelas, deficiencias administrativas, entre otros. Asimismo, se puede presentar un aumento en los precios en la medida en que las EPS que no se encuentren integradas y requieren servicios para sus usuarios con IPS que si lo están: las tarifas que cobrarían las IPS integradas serían mayores por la atención de estos usuarios (es decir, que no se encuentren en un contrato establecido). Este hecho, puede llegar, afectar financieramente a EPS, que no estén integradas

hasta el punto de sacarlas del mercado, y propiciando con esto, condiciones de monopolio en el mercado de aseguramiento.

Por tanto, el objetivo de este documento es determinar cómo la Integración Vertical en el sector salud entre EPS e IPS ha afectado la calidad y el nivel de precios en la prestación de servicios de salud. Se debe tener en cuenta que no hay una medición exacta para la IV; por tanto, aquí se usará una medida para evidenciar el control vertical que ejerce una EPS sobre el mercado de IPS. Este control vertical se define como el grado de dominio, o capacidad de restricciones, que una EPS puede imponer en el mercado de sus prestadores de servicios. Asimismo, para determinar las mejoras en la calidad se usará un indicador de desempeño en calidad, que dará una aproximación a los progresos que han tenido las EPS. En cuanto a los precios, se usará el índice de precios al consumidor (IPC) de servicios de salud.

Para lograr el objetivo, el documento se divide en tres capítulos a parte de esta introducción. En el primer capítulo se hará un recorrido por los antecedentes del mercado de salud, las principales reformas de la Ley 100 de 1993 y lo que ha pasado después de la implementación de la Ley; se hará especial énfasis en los cambios en la estructura de mercado. En el segundo capítulo, se hará un recorrido por la teoría de la empresa y las medidas de la integración vertical, de manera tal que se mostraran los incentivos para que las EPS integren eslabones productivos; después de ello se hará una aproximación al grado y la amplitud de la IV en el sistema de salud en Colombia. En el tercer capítulo se expondrán, a manera general, las ventajas y desventajas de la IV y se evidenciará empíricamente el efecto que ha tenido en la calidad y en los precios de los servicios de salud.

1. CARACTERÍSTICAS DEL MERCADO DE SALUD EN COLOMBIA

Los orígenes de la reforma del sector salud en Colombia que se estableció con la Ley 100 de 1993, están presentes en las características propias del anterior sistema. El cambio institucional que representó la Constitución de 1991 y la tendencia internacional, propiciaron una renovación en los sistemas de salud, que se enfocó en principios de competencia, con el fin de establecer principios de universalidad, equidad, solidaridad y eficiencia en los sistemas de salud.

1.1 ANTECEDENTES

Antes de la reforma de al sistema general de seguridad social en salud (SGSS), el modelo de salud, se estructuraba en tres subsistemas: la seguridad social, el privado y el público. La seguridad social, acogía especialmente a la clase trabajadora; por una parte se encontraba, las entidades de previsión social que cubrían a los trabajadores del sector público y por otra, el Instituto de Seguros Sociales (en adelante ISS), que actuaba bajo condiciones de monopolio en el aseguramiento, y cubría a los trabajadores asalariados del sector privado.

Debido a que, el subsistema de seguridad social se limitaba al aseguramiento de tan solo los trabajadores, dejando de lado, la protección integral de las familias³, la población que cubría la seguridad social se encontraba aproximadamente en el 18%, del total nacional. En el del subsistema privado, se reflejaba en los planes

³ Las entidades de seguridad social, solo cubrían a las familias de los trabajadores con protección parcial (en los casos de maternidad y pediatría) y que en el caso del ISS sólo 18% de los afiliados tenía derecho a la cobertura familiar.

de medicina prepagada, brindan los servicios de manera individual y representan a la población de más altos ingresos; así aproximadamente este subsistema cubría solo el 17% del total de la población [Barón (2007) Pág. 58].

El subsistema público se caracterizaba por estar centralizado en el Ministerio de Salud, el cual controlaba los Servicios Seccionales de Salud tanto departamentales como municipales, y estos a la red de hospitales públicos. Este subsistema debía cubrir el resto de población. Sin embargo, la red pública de hospitales se caracterizaba por ser ineficiente al no prestar oportunamente los servicios de salud y presentar, cada vez más, una mayor carga prestacional por parte, de la vinculación de trabajadores supernumerarios y por las onerosas convenciones colectivas [Orozco (2006), Pág.3].

Además, el subsistema público se encontraba altamente burocratizado, dado que los Servicios Seccionales de Salud eran tanto ejecutores como inspectores de la política de salud. Así, esta institución era la encargada de planificar y diagnosticar el estado de los servicios de salud, la disposición de recursos tanto físicos como financieros y, asimismo, controlaba e inspeccionaba los indicadores de salud y los recursos del sistema.

Con respecto al financiamiento del sector, el sistema se caracterizaba por tener predominio público, financiado con ingresos fiscales que se transferían a los departamentos; para la financiación de la red de hospitales públicos, se usaban los llamados subsidios a la oferta, que se asignaban de acuerdo a los presupuestos históricos, que en la mayoría de casos no estaba relacionado con la cantidad y tipo de pacientes, ni con el volumen y tipo de servicios [Morales Sánchez (1997), Pág. 9]. De igual forma, los trabajadores también debían financiar

el sistema; así, hasta antes de la ley 100, en el ISS se cotizaba el 7%, de los ingresos laborales de cada trabajador, a quien le correspondía pagar una tercera parte. En cuanto, a las cajas de compensación, el trabajador cotizaba el 5%, para atención de enfermedades y pensiones, y el resto de los costos por este concepto era financiado por el Estado.

No obstante, el sector presentaba un problema de inequidad en la financiación del sector; en este sentido, Castaño (2001) señala que del 20% de la población más rica de la época el gasto promedio en salud era cinco veces menor (1,4%) de sus ingresos, con respecto al 20% de la población más pobre (7,5%). En consecuencia, el sector salud previo a la reforma, evidencia que existía un problema de aseguramiento para la totalidad de la población; así como, falta de equidad en el financiamiento y en los servicios prestados.

Ahora bien, estos problemas que caracterizaban al sector, no fueron los únicos que propiciaron una reforma estructural. La instauración de la Constitución Política de 1991, fue el gran elemento institucional que justificó y condicionó la necesidad de reformar el sector. Debido a que, en la Constitución de 1991, Colombia se convirtió en un Estado Social de Derecho, y a pesar de que la salud no se estableció como un derecho fundamental sino prestacional, el Estado debió cambiar el esquema de política de la salud de beneficio público. La salud se concibió como un derecho exigible y defendible, en el cual el Estado debe garantizar el acceso a las atenciones en salud, a través de un sistema de aseguramiento adecuadamente diseñado dentro de un ordenamiento jurídico, que organizara las instituciones como los recursos públicos o privados del sistema.

Es así como Colombia, con la sanción de la Ley 100 de 1993, comenzó a la tarea

de establecer un sistema de salud fundamentado en la equidad tanto en la prestación del servicio como financiación del mismo, con el fin de mejorar la calidad del servicio, y asegurar su sostenibilidad financiera.

1.2 MARCO CONCEPTUAL DE LA REFORMA

A pesar de las causas internas mencionadas anteriormente, el ambiente internacional fue un factor influyente para reformar el sistema de salud en Colombia. A nivel latinoamericano, las políticas multilaterales de instituciones de crédito, como el Banco Mundial, impulsaron el enfoque teórico de las reformas de salud en los países latinoamericanos.

Este enfoque teórico se basa en la aplicación de la teoría económica como herramienta fundamental en la formulación de políticas de salud. Por esta razón, se implementaron esquemas de competencia y mecanismos de mercado, para mejorar la eficiencia y calidad en la prestación de servicios de salud. Sin embargo, por las características propias de los servicios de salud, es probable que se presentes fallas de mercado como: riesgo moral por parte de las aseguradoras y selección adversa por parte de los usuarios. Por esto, el planteamiento del profesor Alain C. Enthoven, de establecer un sistema de competencia regulada en el mercado de los servicios de salud, fue altamente acogido y aplicado en las reformas [Barón (2007), Pág. 57].

El sistema de competencia regulada, planteado por Enthoven, consistía en la definición de reglas de juego en el que participan: los usuarios o pacientes, proveedores y los intermediarios (sponsor). Lo anterior con el fin de estabilizar los

costos, mejorar la calidad y satisfacer a los usuarios. Para cumplir con lo anterior, el sistema establece, cierto grado de libertad de elección por parte de los usuarios para escoger su agente (sponsor); cuya naturaleza, puede ser pública, privada o mixta, (en el caso Colombiano se asimila a la representación de las Entidades Promotoras de Salud y entidades gubernamentales). Este agente es un comprador colectivo, que representa al consumidor individual, y debe garantizar las reglas de competencia, en especial en el establecimiento de precios: en el mercado se refiere a una prima anual, que se relacionan con los copagos y los costos deducibles en los servicios individuales, como las cuotas moderadoras, y no del precio de servicios individuales. Esto conlleva a un uso racional de los servicios de salud por parte de los usuarios, con el fin de que el servicio no se congestione y las personas que necesiten prioritariamente la atención la puedan adquirir oportunamente.

Por tanto, el sponsor debe garantizar el ajuste de mercado a través de un precio competitivo, que enfoque la competencia en factores como la calidad en la atención, para evitar planes de salud que segmenten el mercado, seleccionen el riesgos, entre otros. Colombia, formuló la política de salud con base a este enfoque teórico; sin embargo, como lo señala Barón (2007), en la reforma de 1993 el papel de los patrocinadores no se logró definir, debido a que se encuentra dentro de las funciones asignadas a los gobiernos y la de las aseguradoras. Así, los primeros deben diseñar y supervisar las reglas para asegurar la equidad; y las segundas garantizar la competencia del proceso de afiliación y de selección de los proveedores a nombre de los afiliados. Esto genera, que la función de los patrocinadores, (corregir las fallas del mercado) no se desarrolle como lo estableció Enthoven.

No obstante, el modelo teórico que acogió Colombia para realizar la Reforma de

Salud también se basó, en el planteamiento de Beveridge [GES (2006), Pág. 2]. Este consiste en establecer el seguro de salud, de tal forma, que las contribuciones no solo favorezcan a los usuarios que aportan al sistema, sino también, a los que no lo hacen. Así, los contribuyentes, renuncian a una parte de sus ingresos para constituir un fondo en el que todos los miembros de la sociedad logren un nivel mínimo de recursos para lograr tener acceso al sistema. Esto se traduce en uno de los principios banderas que asumió la reforma de la Ley 100: cobertura universal, a través de la constitución del régimen contributivo y subsidiado.

1.3 REFORMA DE LA LEY 100

La reforma de sector salud, que se implementó con la sanción de la ley 100 de 1993, se planteó, los siguientes objetivos:

- Lograr la cobertura universal de un mecanismo de seguro que garantizara el acceso a los servicios.
- Promover la eficiencia en la provisión de servicios.
- Mejorar la calidad de los servicios.

Estos objetivos, buscaban solucionar tres inconvenientes centrales que tenía el sector: el primero, a nivel organizacional, la coexistencia de tres subsistemas de salud, con las mismas funciones, pero con diferentes formas de asignación de recursos y provisión de los servicios. El segundo, era la falta de acceso a los servicios a través del aseguramiento. Y finalmente, se encontraba la falta de equidad, eficiencia y calidad de los servicios de salud.

Para llevar a cabo, el cumplimiento de los objetivos, se implementaron dos estrategias centrales: la primera, consiste en la implementación del seguro salud obligatorio, para lograr la cobertura universal; y la segunda, el desarrollo de la competencia regulada en el sistema de salud, con el fin de evitar las fallas del mercado y ofrecer servicios con calidad.

En este sentido, la ley 100 unificó el sistema de salud, al integrar el plan de beneficios con un subsistema de financiamiento y asignación de recursos, segmentado por la capacidad real de pago de la población. Por esta razón, en el sistema de salud coexisten, dos regímenes⁴: el régimen contributivo y el régimen subsidiado. En el régimen contributivo, se vincula la población que trabaja en el sector formal y la que tiene capacidad de pagar su propio seguro de salud. En cuanto al régimen subsidiado, se vincula la población pobre que se identifica en cada municipio del país a través del SISBEN⁵ en los niveles 1 y 2.

Ahora bien, dado este aspecto, el empleo, es un factor determinante en la vinculación de cada régimen. Esto es debido a que, a pesar, que el sistema se encuentre segmentado, el fin es unificarlo a largo plazo en la medida en que la población ingrese a trabajar en el sector formal y, por tanto, se vincule al régimen contributivo; lo cual, garantiza la sostenibilidad financiera del sistema.

Asimismo, en la prestación del servicio, la reforma a través de los planes de beneficio aseguró los servicios integrales para el grupo familiar en el caso del

⁴ En el sistema de salud también se encuentra otro tipo de regímenes llamados especiales que son: el régimen de las fuerzas militares, régimen del magisterio y el del la Empresa Colombiana de Petróleos. Ecopetrol.

⁵ Sistema de identificación y clasificación de potenciales beneficiarios para programas sociales.

régimen Contributivo, de acuerdo a lo establecido en el plan obligatorio de salud POS⁶. Básicamente, el contenido del POS incluye protección integral en los casos de enfermedad general y maternidad, promoción de la salud y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

Por otra parte, de acuerdo a los lineamientos de la competencia regulada, se crearon las Empresas promotoras de salud (EPS) para el régimen contributivo y subsidiado (EPS-S); las cuales entraron a competir entre sí por la adquisición de afiliados; estos a su vez tienen el derecho a la libre escogencia (siempre, que cumpla un periodo de semanas de cotización). Asimismo, el papel de las EPS debería conllevar a una reorganización de los Institutos Prestadores de Servicios (IPS), según su naturaleza, pública o mixta.

Otro aspecto central, de la reforma fue diseñar un esquema de financiamiento que garantice, la equidad así como la sostenibilidad del sistema. Con el fin de organizar, la captación y asignación de recursos, se creó el Fondo de Solidaridad y Garantía en Salud (Fosyga)⁷, con la misión de canalizar los recursos provenientes del sistema por parte de los ingresos fiscales, como de la cotización del régimen contributivo. Esta última corresponde al 12%, del salario base de cotización, un 1% de lo que se cotiza en este régimen debe ser aportado para el régimen subsidiado, debido a que, la reforma, se concibió bajo el principio de solidaridad entre los regímenes.

⁶ El contenido del Pos, se estableció por el Decreto-Ley 1650 de 1977, vigente en ese momento para los afiliados al Instituto de Seguros Sociales (ISS). Posteriormente, se adoptó mediante el Acuerdo 008 de 1994 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y se reglamentó por medio del Decreto 1938 de 1994. En la actualidad la Corte Constitucional falló a favor de la unificación del Pos para ambos regímenes, pero hasta ahora se está acogiendo el fallo, se ha comenzado con una prueba piloto en el departamento de Atlántico.

⁷ Artículo 218 de la Ley 100 de 1993.

Por su parte, el precio que reciben las EPS, por cada afiliado mensualmente corresponde a una Unidad de Pago por Capitación (UPC), y su valor corresponde al costo promedio del POS. Teniendo en cuenta que el Fosyga asigna recursos, a las EPS, de acuerdo al grupo de afiliados y según diferentes niveles de ingreso y perfiles de riesgo.

Lo anterior hace referencia a un mecanismo de compensación que representa la base de la sostenibilidad financiera del régimen contributivo. Este mecanismo funciona sobre el monto total de las cotizaciones recaudadas mensualmente por las EPS; éstas descuentan el punto de cotización para el régimen Subsidiado, que se destina para la subcuenta de solidaridad del Fosyga; descuentan también, los montos establecidos para el reconocimiento y pago de incapacidades y para la subcuenta de promoción y prevención del Fosyga y el valor de las incapacidades de maternidad del mes anterior. Del valor sobrante, la EPS toma el monto total de recursos equivalente al número de afiliados que tenga por el valor de la UPC vigente y la diferencia resultante, de ser positiva, debe trasladarse al Fosyga o, en caso contrario, el fondo gira a la EPS el valor correspondiente.

En cuanto al financiamiento de los usuarios pertenecientes al régimen subsidiado, el pago de la cotización ya sea, total o parcial, equivale a una UPC financiada con recursos fiscales, parafiscales y de solidaridad. Con esto se garantizaría un POS, que en principio, cubriría servicios del primer nivel y algunos del segundo nivel de atención. El resto de servicios de segundo nivel y los del tercer nivel se financian con recursos de subsidios a la oferta. Estos servicios se incorporarían paulatinamente al POS, a través de aumentos en el valor de UPC subsidiada, hasta lograr la homologación del POS en ambos regímenes. Esto debería ocurrir, según las proyecciones de la reforma, hacia el 2001, año en que también se estableció el objetivo de lograr la cobertura universal en el aseguramiento de

servicios de salud [Barón, (2007), Pág. 84].

Para lograr dichos objetivos, la ley 100, creó un régimen transitorio llamado los vinculados, durante el tiempo en que el sistema necesitara ajustarse. A este pertenecen aquellas personas sin capacidad de pago y que no han sido afiliadas al régimen subsidiado, para que puedan recibir atención en la red de hospitales públicos por medio del financiamiento del presupuesto general de la nación, es decir, mediante el mecanismo de subsidios a la oferta.

Ahora bien, para cumplir el objetivo de prestar servicios con calidad, la reforma estableció la competencia entre las EPS; dado que los usuarios tiene la libertad de escoger la EPS para afiliarse, cada EPS recibe un monto fijo por afiliado, la UPC, que excluye la competencia por precio, además, el establecimiento de un único plan de beneficios a través del POS evita, la competencia por diferenciación de producto. Por tanto, se esperaba que se incentivara la competencia por la calidad en la prestación de los servicios [Castaño (2001), Pág. 17].

De igual manera, las Instituciones Prestadoras del Servicio (IPS) ingresan en el mecanismo de competencia, en la medida en que los ingresos fiscales, por parte de los subsidio a la oferta, se desplazan a financiar el régimen subsidiado a través de subsidios a la demanda. Por esto, la IPS, debe competir entre sí por calidad y precio, dado que las EPS son las encargadas de comprar los servicios de las IPS, para sus afiliados.

Bajo este mecanismo de competencia, se hace necesaria la presencia de un agente regulador; debido a que el mercado de salud se caracteriza por la

presencia de fallas del mercado⁸ que afectan, sobre todo, a los usuarios. Por esta razón, en el sistema de salud, coexisten tres instituciones que representa el agente regulador: el Concejo Nacional de Seguridad Social en Salud CNSS, una institución de carácter colegiado, cuya función es la dirección permanente del sistema⁹; el Ministerio de Protección Social, encargado de la formulación de políticas como de la expedición de normas; y la Superintendencia de Salud, contrala, inspecciona y vigila los agentes del sistema. Estas dos últimas son dependencias directas del Gobierno Central.

Estas instituciones tiene como objetivo fundamental, según el Art 152 de la Ley 100: “crear condiciones de acceso a toda la población al servicio en todos los niveles de atención y regular el servicio público esencial de salud” [Restrepo et al (2002), Pág. 6]. Bajo esto, se encargan de la regulación del sistema en aéreas como: el financiamiento, el aseguramiento y la prestación de servicios por medio de la modulación. Según Restrepo (2007), ello equivale a la definición, implantación y monitoreo de las reglas de juegos del sistema, para mantener el equilibrio entre los intereses de los diversos agentes.

Finalmente, es importante resaltar algunos logros que ha tenido la reforma de salud con la ejecución de la Ley 100, después de más de diez años de ejecución, así como aspectos que se encuentran por consolidar. En este sentido, se destacan logros importantes en la cobertura para la población pobre que antes no contaba con un sistema de seguridad social y que debía recibir el servicio a través del sistema de asistencia público o con sus propios recursos. Esto se refleja en el grupo de beneficiarios del régimen contributivo y la población cubierta por el régimen subsidiado, ya que fue a través de éste último régimen que se

⁸ Fallas de mercado como información asimétrica, en especial, en aspectos de calidad técnica que los usuarios no tiene criterio para determinar la efectividad de los métodos como de los instrumentos.

⁹ Artículo 170 de la ley 100 de 1993.

incorporaron mayores afiliados al sistema.

Sin embargo, para lograr cobertura universal, se hace necesario consolidar el mercado laboral, por medio de condiciones de empleo que propicien y generan capacidad de pago para la cotización del seguro de salud. Así la dinámica de empleo, y la regulación existente en cuanto a la afiliación de los trabajadores informales y el equilibrio financiero en el régimen contributivo, son aspectos por consolidar del sistema de salud.

1.4 MERCADO HORIZONTAL Y VERTICAL EN EL SISTEMA DE SALUD

El mercado de salud se consolida por medio, de una cadena de prestación de servicios, de manera similar, a cualquier otro tipo de mercado, en la cual se integran los eslabones claves que se desarrollan entre proveedores de insumos, distribuidores, entre otros. Dos aspectos claves del análisis de la cadena son: su estructura, que depende de los miembros que la integran; y los procesos de negociación que se presentan en la misma [Gorbaneff et al (2004), Pág. 3]

De esta manera, en el mercado de salud se encuentran unos miembros primarios que intervienen directamente en la prestación de los servicios de salud, en el caso de Colombia, se encuentran: las EPS, entidades que realizan el proceso de afiliación y recaudo de recursos; las IPS, que se encargan de la prestación directa de los servicios, utilizando los insumos que proveen, los laboratorios farmacéuticos, equipos médicos, odontológicos, entre otros. Finalmente, se encuentran los usuarios del sistema como miembros primarios, que al tener la libre elección de EPS, influye en las condiciones competitivas del mercado.

Por su parte, los miembros secundarios, como lo señala Gorbaneff (2004), son los operadores de media (OM) y los operadores logísticos (OL). Los OM, se refiere a agentes económicos que actúan como enlace, entre las EPS y los usuarios, brindando información sobre ella para que los usuarios se vinculen a determinada EPS. Éstos OM, se representan en los medios de comunicación y agencias de publicidad de las EPS, para buscar mayores afiliados. En cuanto a los OL, son agentes económicos que actúan entre, los productores de insumos y las IPS que los utilizan, se representan como empresas especializadas en el transporte y entrega de insumos a las IPS. Los OL también intervienen entre los usuarios del sistema y las IPS y entre los usuarios y EPS a través del transporte especializado de urgencias, cuando estos no se desplazan por sus propios medios. Finalmente, Gorbaneff (2004) identifica, al Fosyga, como miembro secundario en representación del gobierno central, cuyo fin es cubrir los riesgos catastróficos, las accidentes de tránsito y garantizar la compensación entre personas de diferentes ingresos, como la solidaridad en el sistema de financiamiento de los servicios de salud.

A nivel estructural Gorbaneff (2004) señala las cadenas de producción, analizadas por Spens y Bask (2002), desde tres aspectos: estructura horizontal, vertical y posición horizontal. El primer aspecto, busca identificar la longitud de la cadena de producción por medio de la cantidad de capas que se desarrollan en la cadena. En este sentido, la cadena desde el punto de vista de las EPS tiene dos capas de proveedores: por una parte, proveedores de material de insumos (reactivos, medicamentos equipos médicos) y por otra las IPS. Por su parte, posición horizontal, representa la posición de las empresas focales, es decir, de las EPS, en toda la cadena, desde el origen del servicio hasta la prestación a los usuarios finales del sistema.

En cuanto a la estructura vertical, describe la cantidad de proveedores o consumidores que opera en cada capa de la cadena, así una cadena puede ser ancha o angosta. En el caso de la EPS, la cadena de proveedores de insumos es ancha y se representa por los importadores y fabricantes de: equipos médicos, odontológicos, oftalmológicos, imágenes diagnósticas, laboratorios farmacéuticos, reactivos y material de curación. De igual forma, por el personal profesional para prestar los servicios de salud como: médicos, enfermeros, odontólogos, bacteriólogos, entre otros. En el caso de la estructura vertical de la capa de las IPS, se representa por: los hospitales públicos, clínicas, centros médicos y médicos particulares que forma parte de la de las redes de prestación de servicio de las EPS. Y por último se encuentra, la capa de usuarios finales del régimen contributivo.

Otro aspecto importante, son los procesos de negocios que se desarrollan en la cadena como: la relación con los clientes, prestación del servicio a los clientes, devolución, desarrollo y comercialización de productos, compras, entre otros [Gorbaneff et al (2004), Pág. 12]. Así, la administración de la relación con los clientes consiste en la identificación de los posibles mercados que participaran las EPS. Dado que, la afiliación es un requisito legal para los empleadores, las EPS gestionarán con estos últimos los procesos organizacionales como el pago de la cotización; ya que estos pagos corresponden tanto al empleado (una tercera parte), como a su empleador (dos terceras partes), se debe tener en cuenta, que son los empleados los que decidirán las EPS de su preferencia para su afiliación. En cuanto, a los usuarios independientes, existe una relación directa entre estos con las EPS.

Ahora bien, en el proceso de prestación de servicios de salud interviene todos los miembros primarios, y éste comienza cuando los usuarios se acerca a la IPS de

primer nivel a verificar sus derechos¹⁰. A su vez, los usuarios deben tener los pagos al día y haber cumplido la cantidad mínima de semanas de cotizadas para poder usar el servicio, con lo cual se realiza una verificación por parte de la IPS, una vez hecha se asignan los recursos necesarios para la prestación de servicios que demandan los usuarios. La intervención se puede dar por medio de: la atención ambulatoria, hospitalización, urgencias y cuidados en casa; en todos los casos a excepción de las urgencias se debe verificar derechos de los usuarios, dado que las IPS deben prestar este servicio a todas las personas, independientemente de la capacidad de pago.

El proceso del desarrollo y comercialización de productos tiene un alcance limitado porque todas las EPS manejan el mismo producto para todos sus usuarios: el POS, el cual está estandarizado. Por lo tanto, la EPS debe trabajar conjuntamente con su red de servicios para ofrecer servicios con calidad que se destaquen en aspectos como: el prestigio científico, la ubicación, la comodidad de sus redes, la oportunidad en las citas solicitadas, entre otros, con el fin de afianzar lealtad en los usuarios.

Las compras en la cadena del mercado de salud, a nivel de insumos se caracterizan por ser un mercado básicamente oligopolio. Debido a que los medicamentos son productos que, dada sus características de investigación y desarrollo, se encuentran patentados. Sin embargo, los medicamentos establecidos por el POS son marcas genéricas. Pero, a nivel de la producción de

¹⁰ Según, **CIRCULAR EXTERNA 54 DE 2008**, la verificación de derechos de los usuarios es el procedimiento por medio del cual se identifica la entidad responsable del pago de los servicios de salud que demanda el usuario y el derecho del mismo a ser cubierto por dicha entidad. Para el efecto, el prestador de servicios de salud deberá verificar la identificación del usuario en la base de datos provista por los responsables del pago, la cual deberá cumplir con lo previsto en el parágrafo 1o del artículo 44 de la Ley 1122 de 2007, a más tardar el primer día hábil del mes de marzo de 2008. Dicha verificación, podrá hacerse a través del documento de identidad o cualquier otro mecanismo tecnológico que permita demostrarla y sólo podrá exigirse adicionalmente el carné que demuestre la afiliación cuando la entidad responsable del pago esté obligada a entregarlo y el usuario lo aporte.

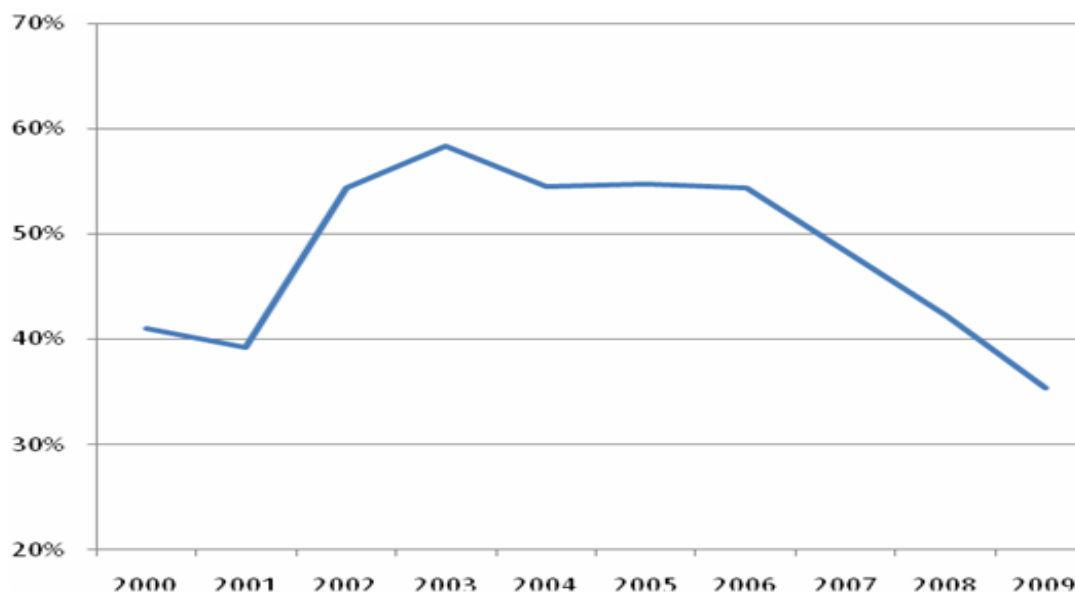
apartados e instrumentación quirúrgica, la oferta es monopólica. [Gorbaneff et al (2004), Pág. 13].

Las compras de los servicios de salud se desarrollan a través de las EPS con las IPS; según la forma de pago esta puede ser: por evento, esto se refiere que la EPS pague la factura que genere la IP; o por los procedimientos que haya considerado realizarse en cada caso de atención. Si se paga por paquete, en este caso, la EPS como IPS han pactado previamente los procedimientos a realizar para determinadas enfermedades; en este tipo de pago las IPS no podrán realizar procedimientos diferentes a los acordados. Según Gorbaneff (2004), este tipo de pagos generan choques de demanda porque la compra real del servicio surge solo cuando se da la prestación del servicio. Por tanto, el pago de la EPS por capitación, evita los choques de demanda para las IPS, pero tienen el riesgo-producto de un conocimiento insuficiente de la población.

Finalmente, Gorbaneff (2004) destaca en la cadena de prestación de servicios de salud, que existen altos costos de transacción, dado que las interacciones de los participantes se llevan a cabo bajo incertidumbre y la información es asimétrica. Así, este autor recalca que los activos que adquieren las IPS son específicos, mientras que las inversiones de las EPS no lo son. Por tanto, teóricamente las EPS tienen poder de mercado sobre las IPS. Sin embargo, se puede evidenciar oportunismo por parte de las IPS a través de incrementos en factura o facturación doble; ello ocurre porque la información que fluye entre las EPS e IPS es asimétrica y difícil de corroborar, lo cual implica procesos de auditoría por parte de las EPS. Por esta razón, los participantes pueden dejar de administrar sus transacciones a través del mercado, y buscar opciones con menores costos como las alianzas o la integración vertical.

Lo anterior conlleva, a reflexionar sobre la tendencia que se desarrolla en el mercado de prestación de servicios de salud con respecto a la forma de realizar las transacciones. Para esto, el análisis de la estructura de la oferta de las EPS, puede establecer algunos indicios.

Figura 1. Razón de concentración de las cuatros firmas más grandes del mercado de EPS por número de afiliados (2000-2009).



Fuente: Fosyga. Cálculos del Autor.

En la figura 1, se observa el índice de concentración CR_4 ¹¹ las cuatro principales EPS son Saludcoop, Coomeva, Salud Total y el Instituto del Seguro Social (ISS) entre el periodo del 2000 al 2009. Teniendo en cuenta, el número usuarios del régimen contributivo, se evidencia que el CR_4 ha oscilado entre el 36% al 58% de concentración, con una tendencia a la baja.

¹¹ Es igual a la suma de las cuotas de mercado de las cuatro principales EPS.

No obstante, al inicio del periodo el CR₄, (ver anexo A), se encontraba en 41%. Esto se explica por el gran crecimiento que tuvieron algunas EPS como Saludcoop, que pasó de 2'100.000 afiliados en los primeros meses del año 2000 a 1'503.409 al finalizar el año, alcanzando un crecimiento del 116%, con respecto al año anterior¹². De igual manera, la EPS Coomeva registro un incremento de 54% del número de afiliados en el año 2000 e incrementó en 650 el número de municipios de atención, según datos del Fosyga.

Ahora bien, aunque para el 2001 el índice CR₄ disminuyó en 2% (36%), en el 2002 incremento al 54%, y alcanzo su valor máximo en el año 2003 con un índice de concentración del 58%. Los incrementos de estos años en el índice se explican por la adquisición de Cruz Blanca en el año 2002 y de Café Salud en el 2003 por parte de Saludcoop, lo cual incrementó la cuota de mercado de esta EPS. En los siguientes años hasta el 2007, la concentración del mercado se mantuvo en el 54%, y a partir del 2007, el CR₄ comienza a decrecer alcanzando su valor mínimo (35%) en el 2009. Esto se puede explicar por la expedición de la 1122 del 2007, quien en su artículo 15¹³ regula los procesos de integración vertical y el gasto patrimonial entre las EPS y las IPS. Pero también se puede explicar por las medidas tomadas para el cierre del ISS.

De igual modo, al observar el comportamiento del IHH¹⁴ para el mercado de salud, se deduce lo siguiente: al comienzo del periodo de análisis, el mercado se encontraba altamente concentrado; pues para el año 2000, el IHH alcanzaba un valor aproximado de 3000 puntos (ver anexo B) de los afiliados del promedio de las EPS y en el 2001, aunque disminuye, su valor (2360), continua altamente

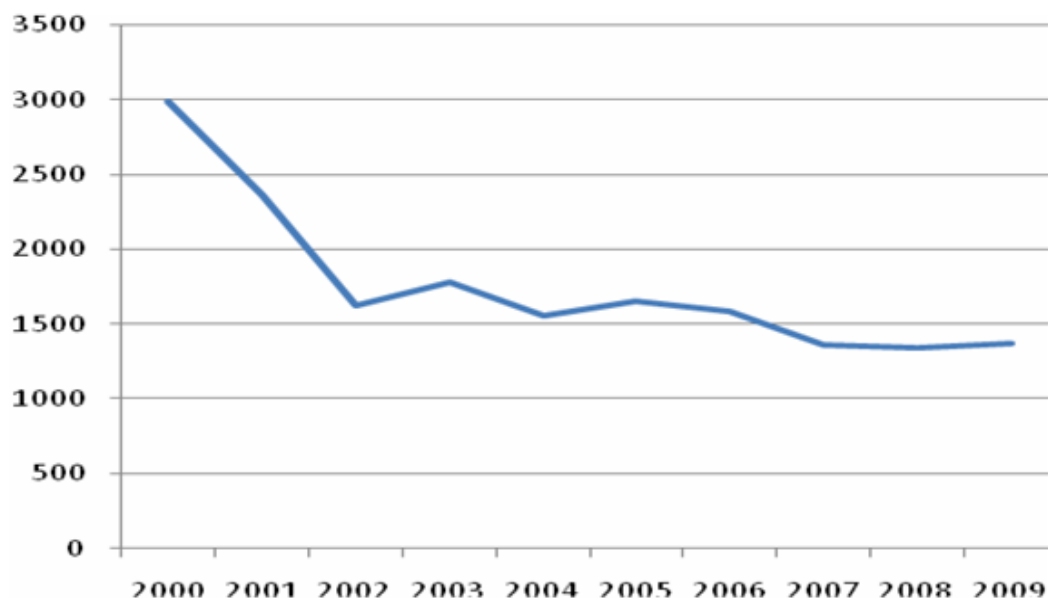
¹² Revista el pulso, N°34 JULIO DEL AÑO 2001.

¹³ El artículo 15 de la ley 1122 de 2007 dispone la regulación de la integración patrimonial y de la posición dominante, estableciendo que las EPS no podrán contratar más del 30% del gasto en salud directamente o a través de terceros de sus propias IPS.

¹⁴ IHH: Es igual a la suma de los cuadrados del tamaño de las firmas del mercado

concentrado el mercado. Ahora bien a partir del año 2002, el IHH cae y se puede clasificar la concentración del mercado de EPS como moderada, manteniendo el IHH aproximadamente, en los últimos años del periodo de análisis, en 1300 puntos.

Figura 2. Índice Herfindahl Hirschman en el mercado de EPS (2000-2009).



Fuente. Fosyga. Cálculos del autor.

La tendencia decreciente observada del IHH se puede justificar, por la situación ISS; comenzando con la restricción de afiliación que tuvo esta institución por parte de la resolución 2080 del 30 de octubre de 1998, y por su liquidación a partir del año del 2006. Así, el hecho de que al disminuir el número de afiliados del ISS, el cual era el monopolio antes de la reformas, los afiliados se hayan repartido en las principales EPS, influye en que el mercado haya pasado de ser altamente concentrado a principios del 2000 a moderadamente concentrado a finales de la década.

2. DESCRIPCIÓN DE LOS DETERMINANTES DE LA IV: EVIDENCIA EMPÍRICA PARA COLOMBIA

Un tema importante para el sistema de salud colombiano y el poder de mercado es el de la integración vertical. La integración vertical como forma de organización en el mercado puede representar una estrategia de las firmas para tener un mayor control sobre él, pero también para que las firmas puedan tener un mayor control sobre la calidad de los productos que ofrecen, ya que integran eslabones de su cadena productiva. En este sentido, la IV puede representar un arma de doble filo dependiendo del mercado en el que se analice. Para el sector de la salud, la IV entre EPS e IPS es de especial importancia porque el Estado debe garantizar tanto cobertura universal como buena calidad del servicio y por ello ha dado a las EPS la oportunidad de contratar servicios de salud mediante red propia¹⁵ o red externa¹⁶. Ahora bien, ¿qué ha incentivado la IV? Y específicamente, ¿qué incentiva que una EPS se integre verticalmente hacía adelante con una IPS?

2.1 INTEGRACIÓN VERTICAL: GENERALIDADES

Al respecto cabe referenciar que el estudio de la estructura y conformación de la firma ha tenido su origen desde dos perspectivas: la teoría económica neoclásica y la teoría de los costos de transacción. La teoría económica neoclásica, partiendo del supuesto de que los mercados operan bajo información completa y perfecta, concluye que el mecanismo de precios es el mejor asignador de recursos, por lo cual la intervención estatal no es factible. Además, supone que la empresa se

¹⁵ Una EPS presta servicios de salud por red propia cuándo la IPS que da servicios a sus usuarios es de su propiedad. Esto es, la EPS y la IPS pertenecen al mismo grupo empresarial o tienen la misma propiedad accionaria.

¹⁶ Una EPS presta servicios de salud por red externa cuando contrata con una IPS con la que no tiene propiedad accionaria en común.

comporta como un individuo en el cual el empresario se encarga de tomar las decisiones de producción basándose en los precios de insumos y del producto que ve en el mercado. Lo anterior llevó a que se aceptara la empresa como una “caja negra” en la cual entraban insumos y salían productos, pero no se estudiaba el proceso de organización interna de la empresa.

Por otro lado, el artículo inicial que dio origen a un estudio concienzudo de la organización interna de la empresa fue el de Ronald Coase en 1937: “La naturaleza de la firma”. En dicho artículo Coase señala que la existencia de la empresa se debe a que las personas deben incurrir en costos al usar el mecanismo de precios, esto es, los costos de transacción. Estos costos corresponden a aquellos en los cuales incurren los individuos a la hora de transar en el mercado: búsqueda de compradores, búsqueda de proveedores, riesgos de contratos, entre otros; costos que no se incluyen en los costos de producción y que no hacen parte del precio del producto. Si por el contrario las transacciones se organizaran en una sola firma, entonces el empresario coordinador sería quien tendría toda la información relevante acerca de los precios y podría organizar la producción.

Si se acepta la existencia de los costos de transacción, se debe aceptar que existen fallos en el mercado, fallos que llevan a buscar mecanismos alternativos de organización y a la creación de las firmas. Según Coase (1937), la firma surge como un mecanismo para disminuir los costos de transacción: si el mercado es reemplazado por un empresario coordinador que dirige internamente los insumos productivos y los transforma en productos, es posible que se obtenga mayor información para disminuir dichos costos. Coase dio así una idea de por qué surgen las firmas y está se basa en el concepto de costo de transacción.

Sin embargo, surge la pregunta del porqué no se integran todas las actividades dentro de una gran firma. Lo anterior se sustenta en que así como en el mercado existen costos de transacción, de igual manera ocurre dentro de una gran firma: el empresario podría perder el control de la organización. Por tanto, el mercado y la firma son mecanismos alternos que permiten la disminución de costos de transacción: cuando es más costoso producir internamente, se acude al mercado y viceversa.

“Las empresas pueden asumir muchas estructuras de organización diferentes. Las transacciones del mercado pueden asumir muchas formas diferentes que van desde las transacciones simples instantáneas hasta los complejos contratos de largo plazo. El conjunto específico de los arreglos institucionales escogidos representaría la estructura de gobernación que **minimizaría el costo total** de la realización de las transacciones buscadas.”
[Joskow (1996), Pág. 166]

Así, por ejemplo en el sector de la salud, una EPS tiene la opción de contratar en el mercado con una IPS que le ofrece prestar servicios sociales de salud a sus usuarios afiliados. Podrían establecer entre ellas un contrato de largo plazo, en el cual se especificara el número de usuarios a ser atendidos, el tipo de atención requerida, el precio de los procedimientos y la oportunidad en la prestación del servicio, así como los horarios de prestación. Pero sucede que hay características del servicio que no pueden ser fácilmente identificables (oportunidad en asignación de citas, capacitación del personal, maquinaria adecuada...), con lo cual el contrato se incumple. O también puede suceder que al redactar el contrato no se especifiquen todas las posibles contingencias (como enfermedades de alto costo que lleven a aumentar el número de procedimientos pactados, los costos o

el tiempo de prestación del servicio), lo cual lleva a que las partes se comporten de forma oportunista y extraigan rentas de la transacción. Este ejemplo muestra que los contratos presentan riesgos, debido a que los agentes no pueden prever todos los posibles estados de la naturaleza, pues la información es costosa. Dado lo anterior, estos costos en el mercado pueden superar a los costos de organizar la producción en una sola firma.

Asimismo, puede suceder una firma contrate con otra para que la provea de un insumo que sólo ella necesita. Este insumo constituye un activo específico (por ejemplo, servicios de diagnóstico médico), ya que la firma proveedora deberá incurrir en los costos de producción para suministrar dicho insumo. Estos costos podrían transformarse en costos hundidos porque el proveedor no puede venderlos a otra firma puesto que es un insumo específico. Dado esto, se podría presentar una conducta oportunista por parte de los agentes, ya que los activos son destinados específicamente a dicha transacción. Bajo estas circunstancias, las firmas pueden decidir producir internamente como una sola organización, que transar en el mercado bajo incertidumbre.

Entonces, si para una firma resulta más beneficio producir internamente que transar en el mercado tendrá incentivos a integrar los procesos de su cadena productiva. Esto es, tendrá incentivos a integrarse verticalmente. Por tanto, una razón para que se dé la integración vertical (IV) son los costos de transacción, que llevan a sustituir el mercado por la organización jerárquica interna dentro de una firma. En general los costos de transacción se dan por incompletitud de los contratos, lo cual ocurre por: problemas de información y especificidad de los activos.

Los problemas de información son de dos tipos: selección adversa y riesgo moral. El problema de selección adversa es precontractual y corresponde a información imperfecta acerca del agente con el cual se esté transando en el mercado. Este problema se puede evidenciar, por ejemplo, cuando una EPS escoge entre las IPS que la van a proveer de los servicios de salud: no sabe cuál IPS le ofrece servicios de mejor calidad; ello lleva a que la EPS ofrezca precios bajos para asegurarse de no tener pérdidas, las IPS que ofrecen servicios de buena calidad y por tanto más costosos, se retiran del mercado y las EPS terminan contratando con aquellas que ofrecen servicios de menor calidad. Ante este problema de información, lo mejor que puede hacer una firma es integrar dicho eslabón en su producción, evitando contratar con proveedores de insumos de mala calidad.

El problema de riesgo moral es un problema postcontractual y se refiere a que el agente, aprovechando que tiene información privada, actúa de forma oportunista. Se evidencia, por ejemplo, cuando, por algún motivo, una IPS no puede prestar el servicio con las características especificadas en el contrato (esto es, lo entrega con una calidad diferente, en una cantidad diferente o en un tiempo diferente) y la EPS no puede determinar si el incumplimiento del contrato se debió a negligencia de la IPS o a causas externas que influyeron en la prestación del servicio. Como la IPS posee información privada, la solución se hallaría en la integración de la producción en una sola firma, de tal manera que la EPS tendría acceso a dicha información.

Asimismo, los costos de transacción se dan por la especificidad de los activos. Un activo específico es aquel que una vez hecha la inversión en él, su valor de intercambio disminuye porque no puede ser usado en ninguna otra actividad diferente. Dado ello, cuando las inversiones en activos específicos constituyen una fracción importante de un arreglo contractual, se puede presentar oportunismo

entre las firmas contratantes. Ello se debe a que ex ante a la firma del contrato las firmas pueden hacer un gran número de negociaciones diferentes puesto que no han invertido en activos específicos, pero ex post las firmas tienen un limitado número de negociaciones, ya que la especificidad del activo se lo impide [Joskow (1996), Pág. 175]. Según Joskow (1996), Williamson distingue cuatro tipos de activos específicos:

- **Especificidad del sitio:** las partes pactan ex ante el sitio en el cual se ubicará la transacción, lo que disminuye los costos de inventarios y de transporte. Una vez instalado el sitio, los activos son inmóviles en alto grado, lo cual disminuirá su valor para futuras transacciones.
- **Especificidad de los activos físicos:** cuando las partes invierten en maquinaria o equipo con características específicas de la transacción (por ejemplo, maquinaria de laboratorio especializado para exámenes médicos), lo que lleva a disminuir sus usos alternativos.
- **Especificidad de los activos humanos:** surge cuando se hacen inversiones en capital humano tales como procesos de aprendizaje dentro de las firmas o capacitación de personal.
- **Activos dedicados:** ocurre cuando el proveedor hace inversiones que no haría a menos que existiese la posibilidad de vender una cantidad considerable del producto. Si el contrato se termina antes del tiempo pactado, el proveedor quedaría con gran cantidad de producto.

Dado lo anterior, las firmas tenderán a hacer inversiones específicas subóptimas, pues el incumplimiento del contrato le acarrearía pérdidas considerables; por lo cual la mejor manera para solucionar el problema es la integración vertical. Al

respecto, podría contra argumentarse que las firmas pueden realizar contratos de largo plazo en el cual especifiquen las posibles contingencias, pero estos sólo lo pueden hacer de manera incompleta.

Se evidencia que los problemas de información (asimetrías, incompletitud e imperfección) y de especificidad de los activos llevan a que los contratos sean incompletos. Esto es, en un contrato no se pueden especificar todas las posibles contingencias, por lo cual los agentes en el mercado tendrán incentivos a actuar de forma oportunista. Evitar el comportamiento oportunista aumenta los costos de transacción, pues para ello se debe invertir en: redacción del contrato, seguimiento, control y cumplimiento forzoso de los mismos si no se está cumpliendo.

Al invertir en búsqueda de información se pretende disminuir la incertidumbre que se genera en torno a la relación contractual. Es importante resaltar que en toda relación contractual se pueden generar cuasirentas. Las cuasirentas son aquellas rentas que alguna de las partes extrae de la relación por motivos que no se especificaron en el contrato. Ello significa que como no es posible prever todas las contingencias, algunas de las partes pueden salir ganando en la transacción más que la otra; o también que la especificidad de los activos haga que una de las partes se “aproveche” de la otra porque los activos sólo tienen valor mientras perdure el contrato. Por tanto, la existencia de contratos incompletos y activos específicos, que generan cuasirentas, llevan a que las partes busquen la integración para reducir fallas contractuales, la ineficiencia en las transacciones y apropiación de posibles rentas.

“La especificidad de los activos significa que los problemas de ocultamiento o el

oportunismo deberán ser afrontados por las partes contratantes en la etapa de ejecución. Resultan más costosos la redacción, el seguimiento y el cumplimiento forzoso de los contratos de derechos contingentes cuando aumentan la incertidumbre y la complejidad (es decir, cuando hay más contingencias). Los contratos de largo plazo incompletos constituyen una opción potencialmente atractiva para el intercambio secuencial en el mercado instantáneo, pero tales contratos serán inevitablemente mecanismos de gobernación imperfectos. Mientras más costosa resulte la contratación de todas las contingencias, y mayores sean los efectos de incentivos ex ante de los ocultamientos potenciales ex post, más tenderán a ser imperfectos los contratos a largo plazo. La organización interna tiene costos, pero a medida que aumentan los costos de los contratos incompletos a largo plazo, es probable que el control interno se vuelva más atractivo.” [Joskow (1996), Pág. 170-171]

Ahora bien, la integración vertical es, también, una estrategia de las empresas para competir en un determinado mercado a través de la reducción de costos, con el fin de establecer condiciones de organización monopólicas u oligopólicas, y obtener poder de mercado. Por lo tanto, la integración vertical, tiene efectos sobre la eficiencia productiva como en la eficiencia asignativa¹⁷, influyendo así en la eficiencia económica y el bienestar social [Cadavid, et al (2004), Pág. 5]. En este sentido, el análisis adecuado de los efectos de la integración es fundamental para determinar si ésta contribuye a mejorar las condiciones de mercado de un determinado sector o por el contrario, a disminuir la competencia en el mercado y el bienestar social.

¹⁷ La eficiencia asignativa se refiere a que se le cobre al consumidor el menor precio posible, mientras que la eficiencia productiva hace alusión a producir al menor costo.

2.2 CUASI - INTEGRACIÓN VERTICAL

Aceptada la integración vertical como una forma alterna de organización al mercado, también cabe aceptar formas intermedias de organización. En un extremo se ubica la integración vertical total, esto es cuando la firma posee y controla totalmente un eslabón continuo de su cadena de valor, y en el otro se ubica la desintegración vertical total, o sea cuando los eslabones productivos se encuentran en firmas completamente separadas y su relación se limita a transacciones de compra-venta independientes en el mercado. Y en medio se encuentran los diferentes tipos de relaciones en las cuales, aunque se mantiene la autonomía de las firmas, aparecen una serie de “restricciones verticales” que limitan su comportamiento [Cadavid et al (2004), Pág. 6].

Estas restricciones verticales se dan por medio de contratos explícitos o implícitos, en los que las firmas aceptan cumplir ciertas normas que las vuelven más interdependientes, pero sin llegar a ser parte de una misma propiedad. En este sentido, la integración vertical puede ser vista como un control vertical, es decir, la IV es el grado de dominio que una firma ejerce sobre la cadena de valor de sus productos [Restrepo et al (2007), Pág. 282]. Lo anterior implica que la IV es una estructura organizacional de grado y no de clase, pues no se puede hablar de IV sólo cuando las firmas son de propiedad común, sino que se deben tener en cuenta toda clase de contratos como los de exclusividad o simplemente arreglos que den control a una firma sobre la otra.

En la literatura se habla cuasi-integración vertical, como una forma organización intermedia en la cual las firmas pueden o no poseer el dominio patrimonial de activos en su cadena valor, pero usan medios que aseguran relaciones estables ya sea por medio de contratos de largo plazo, de exclusividad o a través de

financiación o préstamos [Cadavid et al (2004), Pág. 7]. Este caso particular ha sido estudiado por Blois (1972), en un artículo muy difundido en los medios académicos: “Vertical Quasi-Integration”

Cadavid et al (2004) analiza que hay un sinnúmero de relaciones indirectas entre empresas, y que aunque legalmente están separadas, hay una gran dependencia entre ellas. Así, toma el concepto de Blois y arguye que para la existencia de cuasi-integración vertical, es necesaria la presencia de un gran consumidor (que podría representar un monopsonio), el cual demanda una proporción tan importante para la firma que si deja de efectuarse la transacción, se puede incurrir en pérdidas.

Por su parte, Blois (1972) define la cuasi-integración vertical como la situación en la cual las firmas ganan ventajas de la integración vertical pero sin asumir los riesgos ni las rigideces de la propiedad. Planteando que ella se presenta con la presencia de un gran cliente que compra una porción significativa del bien o servicio que ofrece el proveedor. Deduce que la presencia de un gran cliente puede llevar a alguna de las siguientes situaciones [Blois (1972), Pág. 256-257]:

- Dependiendo de la capacidad del mercado de proveedores, puede suceder que haya un gran déficit de productos, lo que lleva a que la firma cliente tenga que aceptar ciertas desventajas. Sin embargo, esta situación es temporal y depende del tiempo que duren los proveedores en adaptarse al mercado; asimismo, el gran consumidor puede incentivar la entrada de un nuevo proveedor, pues le garantizaría los pedidos.
- Esta situación hace referencia al mercado de bienes, pues se relaciona con los

costos de transporte. Sin embargo, con el desarrollo del transporte ellos ya no representan problemas considerables; y si se le suma las tarifas preferenciales de comercio exterior, entonces se puede concluir que un gran consumidor puede incentivar la entrada de proveedores extranjeros para que suplan su necesidad.

- Dependiendo de la naturaleza del mercado de proveedores, se puede dar que un nuevo proveedor sólo pueda competir en el mercado si es capaz de obtener una gran porción del mercado rápidamente, ello implica la presencia de economías de escala¹⁸. Así las cosas, un mercado puede ser tal que la sola garantía de un gran pedido no incentive la entrada de competidores, a menos que también se garantice que los pedidos aumentarán significativamente en el tiempo. Por supuesto, un proveedor ya constituido en el mercado tiene suficiente información sobre factores tecnológicos para juzgar la probabilidad de que un gran cliente pueda incentivar la entrada de nuevos proveedores.
- Algunas firmas simplemente pueden fabricar componentes o materias primas que son considerados fuera de su área de actividad.
- La integración vertical presenta otros problemas para el gran consumidor aparte de encontrar una firma que quiera integrarse con ella. Pues, puede suceder que no encuentre un proveedor que satisfaga sus requerimientos técnicos. Además, si ocurre la integración vertical y el proveedor es pequeño, en el corto plazo, tendrá que comprarle a otros proveedores; pero si produce más de lo requerido, el sobrante deberá ser vendido.

Blois (1972) arguye que el proveedor debe sopesar la probabilidad de que ocurra

¹⁸ Las economías de escala se presentan cuando existen costos fijos en la producción. Los costos fijos son aquellos que no aumentan ni disminuyen con el volumen de producción; ello implican que a mayor escala de producción los costos totales de producción disminuyen y viceversa.

alguna de estas alternativas para determinar el grado de dominio que tendrá un gran consumidor sobre ella, pero también dependerá de que tan flexible o inflexible sea la firma proveedora. Esto es un problema de dos dimensiones [Blois (1972), Pág. 257]:

- Mercados específicos: se da cuando las firmas proveedoras venden sus productos en un solo mercado.
- Productos específicos: cuando el producto sólo se usa en determinada transacción.

En conclusión, si se da que una firma es un gran demandante de un proveedor particular, puede usarla como arma de negociación, bajo la amenaza de animar la entrada de nuevos proveedores o de cancelar su contrato con ella. Y si el proveedor se encuentra en un mercado específico o fabrica un producto específico, esta amenaza es de gran importancia e influencia para las respuestas del proveedor [Blois (1972), Pág. 258].

Ahora bien, específicamente en la prestación de servicios de salud y en la relación entre EPS e IPS, se pueden dar tres de las cinco situaciones descritas Anteriormente. En primer lugar en determinados lugares del país se puede presentar la primera situación, pues en las pequeñas ciudades hay un déficit de IPS: generalmente sólo el hospital estatal es quién presta los servicios de salud para todas las EPS. Sin embargo, la situación ha sido importante sólo en el corto plazo, porque desde la implementación de la Ley 100 de 1993 hasta hoy en día, la estrategia de las EPS ha sido construir consultorios o contratar con consultorios para poder prestar los servicios de atención básica y para los de mediana y alta

complejidad han usado los hospitales estatales. Este ejemplo evidencia que en el largo plazo, la oferta se adapta a las necesidades del mercado, por lo que el déficit de productos no es un seguro para las firmas proveedoras.

En segundo lugar, en el mercado de servicios de salud hay economías de escala: a mayor volumen de usuarios atendidos, los costos de prestación del servicio disminuirán. Estas economías de escala se presentan por la inversión en equipos específicos, así como en el personal específicamente capacitado en diferentes ramas de la medicina. Ellas son una razón para mitigar el poder que una gran EPS demandante de servicios de salud pueda obtener; pero el crecimiento poblacional conlleva a aumentar la demanda de servicios de salud, por lo cual una gran EPS no sólo puede garantizar la demanda de servicios de salud, sino que también puede garantizar, de cierta forma, el aumento de dicha demanda.

Por último, también se puede dar la situación en la cual una EPS no encuentre una IPS que satisfaga todos sus requerimientos técnicos, en tal sentido la EPS podría destinar recursos a la creación de una IPS de su propiedad. Asimismo, puede suceder que la EPS contrate con diferentes IPS, porque una sola no puede atender toda su demanda, así puede que incentive la entrada de una IPS más grande o que incentive la competencia entre dichas IPS por aumentar su capacidad instalada.

Cualquier de estas situaciones conlleva a afianzar el poder que tiene una gran EPS en el mercado, pues los servicios médicos de salud que prestan las IPS constituyen tanto mercados como productos específicos. Así las cosas, la inflexibilidad de las IPS en el mercado las lleva a ser más vulnerables ante posibles EPS con importante participación; aún más importante es que, para la

prestación de servicios de salud, toda la población debe ser afiliada con alguna EPS.

Pero ¿Qué implicaciones trae para un proveedor estar controlado verticalmente por un gran consumidor? Blois (1972) evidencia que se pueden con dichas restricciones verticales se pueden conseguir requerimientos especiales, entre los cuales se destacan: condiciones de pago, selección del precio de compra, fabricación de productos fuera de la línea habitual, interferencia en la selección de personal directivo, servicios técnicos, políticas de mercadeo, entre otras. Asimismo, el monopsonio puede hacer presión si ofrece su negocio a otro proveedor, si incentiva la entrada de otros proveedores al mercado o si crea su propia unidad [Cadavid et al (2004), Pág. 7).

En conclusión, tal tipo de organización se puede considerar como una IV sin apoyo legal. Representa una IV porque impone restricciones verticales, esto es, hay un grado de control de una firma a la otra. Pero es sin apoyo legal puesto que no hay una relación patrimonial explícita que concrete que las firmas son de una misma propiedad.

2.3 ASPECTOS OPERATIVOS DE LA IV

También cabe precisar aquellos aspectos operativos de la IV, pues ellos dan una idea de cómo opera la IV vertical. En primer lugar, la IV se puede dar en dos variedades: integración vertical hacía atrás e integración vertical hacía adelante. La IV hacía atrás se da cuando las firmas se integran con otras que son su proveedores de insumos; y la IV vertical hacía adelante se da cuando una firma se

integra con otra que la provee de productos para llegar más cerca al consumidor final.

Asimismo, están las formas de IV que corresponde a las diversas estrategias que usan las firmas para imponer restricciones verticales a otras. Como se ha mencionado, la propiedad dentro de una misma firma o dentro de un mismo grupo empresarial es una condición suficiente más no necesaria para que haya IV pues esta se relaciona más como control o dominio sobre otra empresa. Así entre las formas de integración vertical se destacan: integración vertical total, cuando las firmas tienen la misma propiedad; cuasi-integración, cuando las firmas pueden imponer restricciones verticales a otras sin tener la misma propiedad; integración vertical parcial, cuando las firmas suplen parte de sus necesidades internamente y otra parte la contratan en el mercado; y firmas no integradas que sucede cuando no se impone ningún tipo de control vertical, ni tienen la misma propiedad.

También se pueden definir los siguientes aspectos [Restrepo et al (2007), Pág. 284]:

- Estados de la IV: se refieren al número de etapas de la cadena de producción que se ejecutan dentro de una firma.
- Amplitud de la IV: es el número de actividades para una etapa de producción que ejecuta la firma o el grado de recursos internos que usa la firma para suplir sus necesidades.
- Grado de IV: hace referencia a la fracción del producto final que la firma produce internamente o al grado de dominio que ejerce la firma sobre un

eslabón de su cadena productiva.

2.4 EVIDENCIA EMPÍRICA DE IV EN COLOMBIA

La integración vertical entre EPS e IPS corresponde a un tipo de IV hacía adelante, ya que las EPS contrata con una IPS para llevar su producto (servicios sociales de salud) a los usuarios. Esto se asimila a cuando una firma contrata con una distribuidora para acercar sus productos a los clientes. Aunque, también puede decirse que hay una IV hacía atrás porque la IPS es, en parte, un proveedor de la EPS, pues como ha sido evidenciado anteriormente, en la cadena productiva de servicios de salud influyen toda una serie de actores que hacen difícil determinar la clase de integración vertical.

Ahora bien, se observan distintas formas de IV, en general el mercado oscila entre uno y otra forma. La integración vertical total se evidencia, principalmente, en el caso de Saludcoop que ha realizado un sinnúmero de inversiones para la creación y adquisición clínicas o centros hospitalarios que suplan con sus necesidades; y en el caso de Coomeva quien ha llevado a cabo inversiones en Unidades Básicas de Atención (UBA). Asimismo, se evidencia en el caso Coomultrasan IPS – Saludcoop EPS en el cual la IPS tiene un contrato de exclusividad con la EPS, de tal manera que dicha EPS tiene un control total sobre ella, aunque no exista una propiedad común.

En general, la Ley 100 de 1993 reguló las relaciones entre EPS e IPS, permitiendo por un lado diferentes tipos de contratación, pero asimismo permitió que las EPS prestaran mediante red propia los servicios de salud. Sin embargo, evitando el

abuso del poder de mercado, la Ley 1122 de 2007 reguló especialmente la IV entre EPS e IPS y redujo a un 30% el porcentaje de prestación de servicios mediante red propia. Este cambio no se ha podido dar de manera inmediata, pues se requiere de cierto tipo de adecuaciones para no disminuir la calidad o dejar a usuarios sin prestación de servicios de salud.

Tabla 1. Indicador de IV: grado de control sobre IPS en el mercado.

INDICADOR DE IV: GRADO DE CONTROL SOBRE IPS EN EL MERCADO (% EN GASTOS EN IPS - REG.										
CÓD. EPS	EPS	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
1	Colmédica	1,59%	1,56%	2,06%	2,07%	1,93%	2,32%	2,32%	2,36%	2,46%
2	Salud Total	0,81%	1,02%	4,56%	4,49%	5,06%	4,15%	4,46%	4,15%	7,57%
3	Cafesalud	2,51%	3,72%	5,24%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
5	Sanitas	2,79%	3,82%	4,85%	5,07%	4,74%	6,52%	6,49%	6,08%	6,47%
6	ISS (1)	48,12%	38,51%	31,34%	29,59%	23,76%	24,94%	20,08%	22,06%	10,61%
8	Compensar	3,29%	3,86%	4,39%	3,94%	3,98%	0,00%	4,18%	4,12%	4,06%
9	Comfenalco Antioquia	1,20%	1,29%	0,00%	0,00%	1,60%	0,00%	1,62%	1,48%	1,62%
10	Suramericana (3)	4,77%	5,35%	6,60%	5,50%	5,24%	6,30%	6,26%	5,91%	6,58%
11	Colseguros (4)	1,42%	1,31%	1,04%	0,64%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
12	Comfenalco Valle	1,19%	1,26%	0,00%	1,47%	0,00%	1,72%	1,68%	1,58%	1,57%
13	Saludcoop (2)	13,75%	16,69%	19,17%	26,20%	28,54%	26,07%	25,22%	23,78%	24,71%
14	Humana Vivir	1,26%	2,01%	0,00%	0,00%	2,43%	2,59%	2,05%	1,70%	1,53%
15	Salud Colpatria	0,43%	0,42%	0,41%	0,41%	0,44%	0,56%	0,50%	0,41%	0,50%
16	Coomeva	6,82%	8,36%	11,23%	11,43%	12,57%	13,62%	16,37%	15,33%	15,30%
17	Famisanar	4,63%	4,36%	4,97%	5,07%	5,06%	5,46%	5,67%	5,46%	5,79%
18	Servicio Occidental de Salud	1,69%	1,94%	2,63%	2,55%	2,75%	3,46%	0,00%	3,37%	3,61%
22	Convida (5)	0,54%	0,47%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
23	Cruz Blanca	2,46%	3,16%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
25	Capresoca (5)	0,04%	0,03%	0,01%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
26	Solsalud	0,59%	0,82%	1,38%	1,37%	1,35%	1,59%	1,50%	1,41%	1,19%
28	Calisalud (5)	0,05%	0,01%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
30	Condor (5)	0,06%	0,03%	0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
33	Saludvida	0,00%	0,00%	0,09%	0,20%	0,23%	0,20%	0,39%	0,31%	0,35%
34	Saludcolombiana	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,18%	0,30%	0,24%	0,15%	0,19%
35	Red de atención humana	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,15%	0,22%	0,98%	0,32%	0,29%
37	Nueva EPS	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	5,61%
38	Multimédicas	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
39	Golden Group	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
TOTAL		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Estados financieros EPS Régimen Contributivo. Superintendencia de Salud. Cálculos del autor

(1) A partir de agosto de 2008 cambia a la nueva EPS

(2) A partir del 2002 se agregan los gastos que hace cruz blanca y a partir del 2003 se le suman los de Cafesalud.

(3) Antes Susalud EPS, era la filial de suramericana de seguros hasta 1997

(4) Funciona hasta el 2003.

(5) EPS que ahora solo presta servicios para el régimen subsidiado.

Ahora bien, en cuanto al grado de IV, dado que la IV no se limita a la propiedad

común, pues existen un sinnúmero de relaciones contractuales que limitan las acciones de las firmas, ella se definirá como el tipo de control que ejerce una EPS sobre el mercado de IPS (Blois, 1972). Así, entre mayor sea el gasto que una EPS del régimen contributivo realice sobre el mercado de IPS, mayores restricciones verticales podrá imponer y por tanto, estará mayormente integrada. La tabla 1, muestra una aproximación al grado de IV vertical basado en el concepto de cuasi-integración, esta tabla muestra el porcentaje de gasto que hace cada EPS en el mercado de IPS durante los últimos años¹⁹.

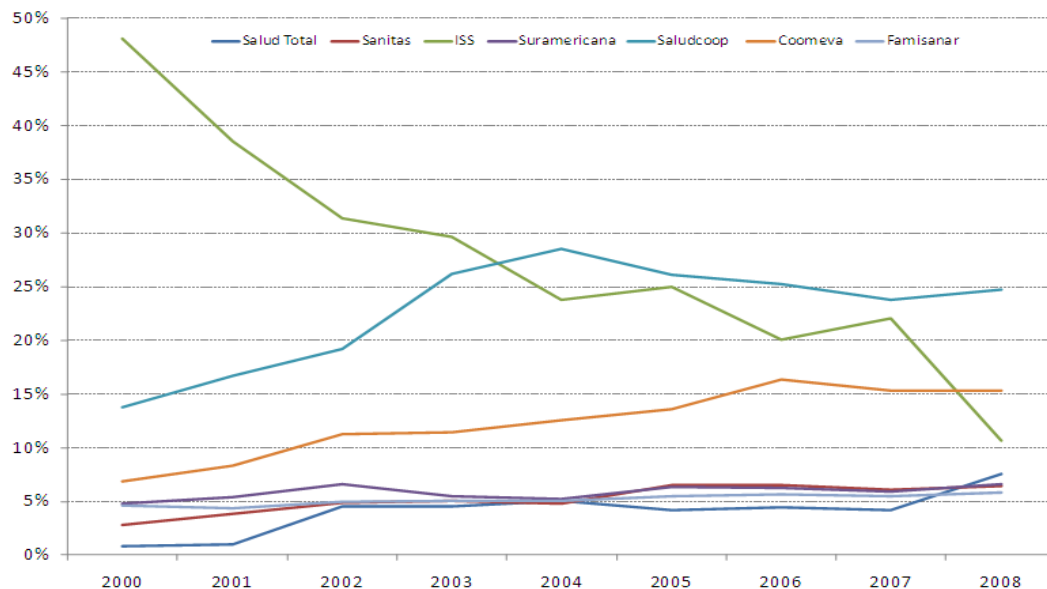
Haciendo un análisis vertical, esto es en cada año cuál EPS tiene el mayor control en el mercado, se evidencia que entre el Instituto de Seguros Sociales (ISS) y Saludcoop tiene el mayor gasto en servicios de salud; después del 2008 cuando los problemas financieros del ISS llevaron a su cierre y se cambió de razón social a La Nueva EPS, el grupo Saludcoop es el que mayor hace gastos en servicios de salud. Si a lo anterior se le suma que el grupo corporativo (Saludcoop) se fusionó con las EPS Cruz Blanca (2002) y Cafésalud (2003), se puede extraer la siguiente gran conclusión: Saludcoop es la empresa con mayor poder sobre el mercado de IPS, pues realiza cerca del 25% del gasto en el mercado. Dicha empresa es la que tiene la capacidad de imponer restricciones verticales al mercado de IPS y por tanto conseguir requerimientos especiales.

Describiendo el comportamiento de tres años, se obtiene: para el 2000, el ISS hace el 48% del gasto en IPS, Saludcoop el 14%, Coomeva el 7%, Suramericana el 5% y Famisanar el 5%. Entre 22 EPS que pasaron registros a la Supersalud, las 5 primeras realizan el 79% del gasto en el mercado de IPS. Para el 2004,

¹⁹ Los datos de gasto en servicios de salud fueron tomados de los estados financieros de las EPS del régimen contributivo de la Superintendencia de salud. Cabe resaltar que esta información ha sido suministrada por cada una de las EPS y para algunos años no se dispone de información. El análisis se limita, entonces, a la veracidad y la exactitud de la información suministrada por la Superintendencia de Salud.

contabilizando al grupo Saludcoop, Saludcoop hace el 29%, el ISS el 24%, Coomeva el 13%, Suramericana el 5% y Salud total el 5% del gasto. Entre 19 EPS que pasaron registros a la Supersalud, las 5 primeras realizan el 76% del gasto en el mercado de IPS. Y para el 2008, tomando en cuenta que el ISS pasa a ser Nueva EPS a partir de agosto se encuentra que: Saludcoop hace el 25%, Coomeva el 15%, el ISS el 11%, Salud total el 8% y Suramericana el 7% del total del gasto en IPS. Entre 22 EPS que pasaron registros a la Supersalud, las 5 primeras realizan el 66% del gasto en el mercado de IPS. Si al gasto hecho por ISS en este año se le suma el hecho por la Nueva EPS en el segundo semestre del año, el gasto asciende al 16% y la concentración en las 5 primeras EPS al 71%.

Figura 3. Participación en el gasto total de IPS – principales EPS del mercado (2000-2008)

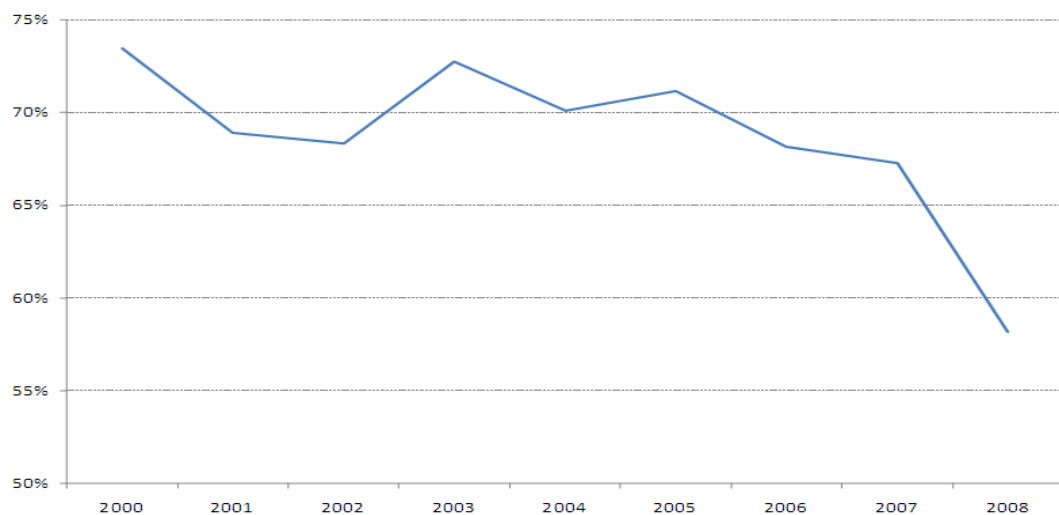


Fuente: superintendencia de salud. Cálculos del autor.

En la figura 3, transversalmente se observa que: a medida que el ISS ha venido

perdiendo posicionamiento a nivel nacional, las demás empresas lo han ganado. Es así como aumenta la participación en el gasto de Saludcoop y Coomeva, quienes son en el último año las dos principales empresas en el país. Igualmente se evidencia que estas tres EPS son las que ejercen mayor control vertical sobre el mercado de IPS, concentrando alrededor del 50% del gasto en el mercado de prestadores. También, cabe destacar el gasto de las EPS: Salud total, Suramericana, Sanitas y Famisanar. Ellas han mantenido porcentajes de gasto similares y constantes que oscilan entre el 5% y el 10%. De especial relevancia ha sido el caso de Salud total, quien en 2008 aumentó su gasto, posicionándose como la tercera empresa con capacidad de imponer restricciones verticales al mercado de IPS.

Figura 4. Ratio de concentración del gasto (4) (2000-2008).



Fuente: superintendencia de salud. Cálculos del autor.

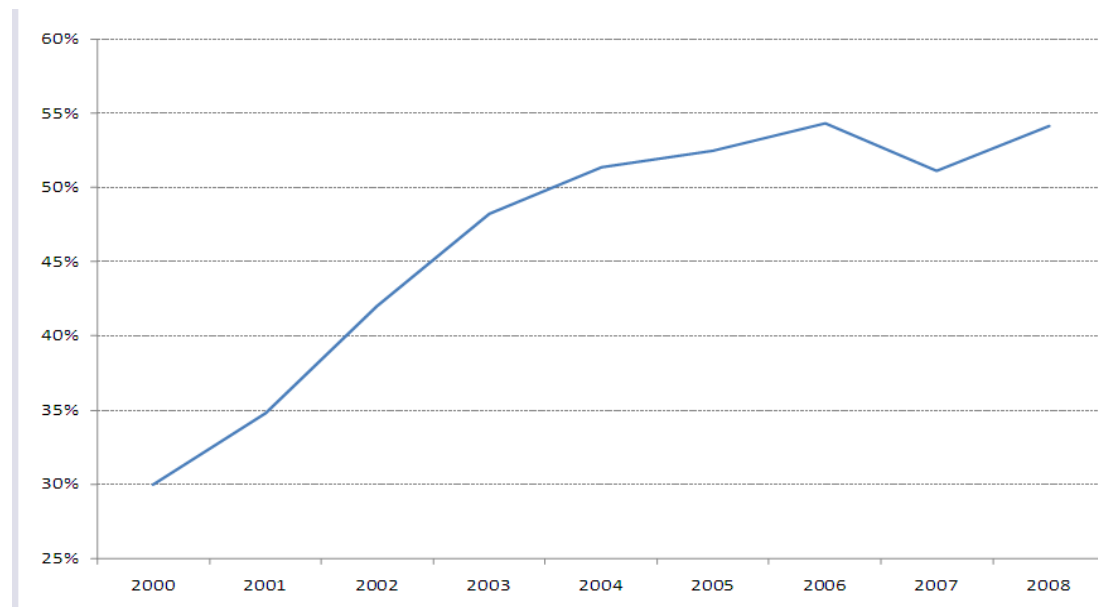
Por último, para hacer un análisis horizontal, es decir evidenciar la evolución de la concentración del gasto, se usa el ratio de concentración nivel 4 (CR_4) para hallar

un ratio de concentración del gasto nivel 4 (CRG_4)²⁰. Con él se evidencia lo siguiente: a medida que el Instituto de Seguros Social ha venido perdiendo participación en el mercado de EPS, los controles verticales hacia las IPS han disminuido; sin embargo, se observa que dicha disminución no ha sido en gran proporción pues para el 2008, cuatro empresas concentran el 58% del gasto en el mercado de prestación de servicios de salud. Si se le suma la participación en el gasto de la Nueva EPS al seguro social y se trata como una sola empresa, se evidencia que el indicador alcanza casi un 65%; grado de control que es menor al hallado en el año 2000 (Figura 4).

Quizá los efectos de la Ley 1122 de 2007 se están evidenciando, lo que sí es claro de ver es el efecto que ha tenido la pérdida de control del ISS. Pues es evidente que dicha EPS había concentrado, aun después de 10 años de emitida la Ley 100, una gran cantidad de gasto que le permitía imponer restricciones verticales. Los subsiguientes problemas financieros llevaron a que disminuyeran el grado de IV tuvieron su punto de partida en que la EPS concentró la mayor cantidad de usuarios con un alto perfil de riesgo, esto es, aquellos más propensos a adquirir enfermedades; según Vásquez (2009), ello obedeció a disposiciones gubernamentales que forzaron al ISS a afiliar a aquellos usuarios que las EPS privadas no estaban dispuestas a afiliar. Lo anterior sugiere que gran parte del riesgo adquirido por el ISS le llevó a poder imponer restricciones verticales, pero que al fin y al cabo le trajeron problemas financieros que hicieron insostenible su funcionamiento. Bajo esta situación, es conveniente evidenciar el comportamiento del sistema sin la influencia del ISS, así ¿cuál ha sido la evolución del grado de control de las demás EPS?

²⁰ El CR_4 es una medida de concentración del mercado que se halla sumando la participación en un determinado mercado, de mayor a menor, de sus cuatro principales firmas. Para el caso particular, se define el CRG_4 como la sumatoria de la participación en el gasto en el mercado de IPS, de las cuatro principales EPS.

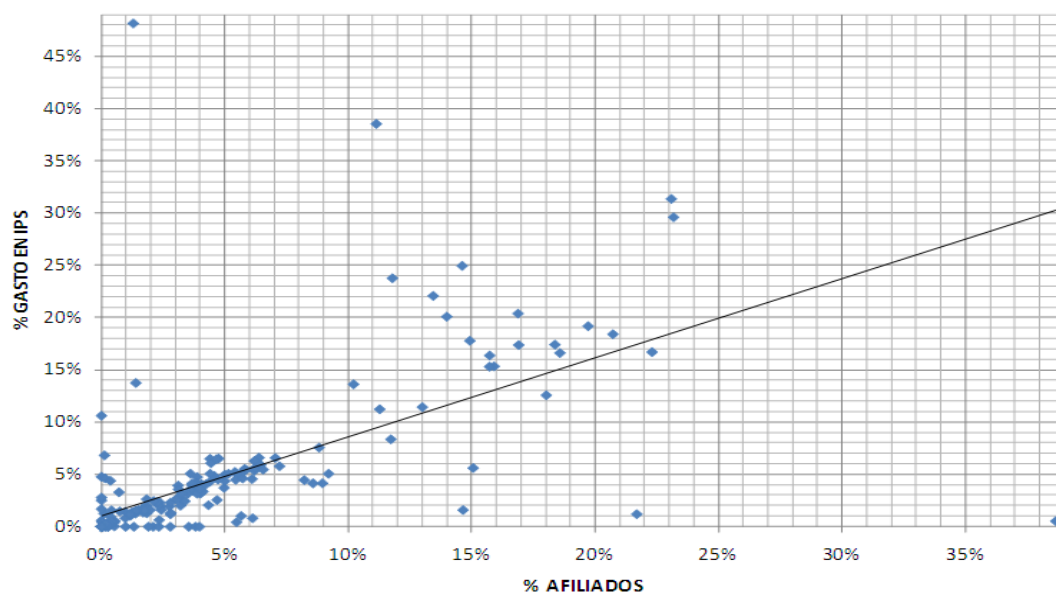
Figura 5. Ratio de concentración del gasto (4) sin contar ISS (2000-2008).



Fuente: superintendencia de salud. Cálculos del autor

Pues bien, la evidencia muestra que el grado de IV si ha aumentado en los últimos 9 años (con excepción del año 2009 para el cual no se encuentran datos disponibles por el momento). Es decir, el grado de control que ejercen las EPS ha venido en aumento, confirmando la anterior conclusión de que la disminución del gasto en el ISS ha permitido el aumento de controles verticales en las demás EPS. En la figura 5, se observa que el grado de IV ha aumentado y a partir del 2003 supera el 50%, dando poder a las EPS para imponerse ante las IPS. Con el cierre del ISS, es de esperarse que el grado de control siga en aumento, aunque por el momento la no disponibilidad de información impida dar una conclusión más acertada.

Figura 6. Concentración de afiliados vs. Concentración del gasto (2000-2008).



Fuente: superintendencia de salud y fosiya. Cálculos del autor.

Ahora bien, ¿cuál es la relación entre el grado de control y el número de afiliados? Intuitivamente, se puede decir que hay una relación positiva: a mayor número de afiliados las EPS deben hacer un mayor gasto y, por tanto, habrá un mayor grado de control vertical. La figura 6 evidencia esta situación: para el conjunto de años, un mayor número de usuarios afiliados implica mayores niveles de gasto²¹. Lo anterior sugiere tres cosas: primero que las EPS con un mayor número de afiliados adquieren mayor poder de negociación, al tener que hacer un mayor gasto en el mercado de IPS; segundo, que las IPS, tal y como lo plantea Blois (1997), querrán contratar con las EPS que tengan un mayor número de usuarios porque ellas les garantiza la demanda de servicios de salud; y tercero, los usuarios podrían querer pertenecer a una EPS grande porque ella tiene una red de prestadores más grande. Por supuesto bastaría hacer estudios más profundos para dar una conclusión más exacta, al respecto de este último tema.

²¹ Para ver el comportamiento año a año ver el anexo C

Por otro lado, para hallar el grado de amplitud de la IV se adaptó la metodología planteada por Restrepo et al (2007). Esta consiste en usar la información suministrada por cada EPS en cuanto a su red de prestadores: así, el indicador se halló en tres pasos:

- Desagregar la información dada por las EPS en servicios básicos de atención y en servicios especializados y/o complejos.
- A continuación se determinó si las IPS que prestaban en los servicios, en cada nivel de complejidad, pertenecían a una red propia o red externa. Para la red propia se tomó en cuenta tanto si la IPS era de la misma propiedad con la EPS, como si tenía un contrato de exclusividad; pues este último impone un control vertical total.
- Dado que la información de la red de prestadores estaba desagregada por municipios, se ponderó por el número de afiliados en cada municipio; estos datos fueron tomados del Fosyga para el año 2009. Sin embargo, se pueden presentar situaciones en las cuales un usuario es atendido en otro municipio diferente al que es afiliado, especialmente en servicios de gran complejidad, para disminuir la falta de información en estas situaciones se tomó el total de afiliados por departamento y el total de IPS por departamento. Es claro que el problema continúa, pero disminuye en la medida en que en municipios pequeños, para servicios de alta complejidad, la población es atendida en la capital del departamento.

Se evidencia que dicha metodología presenta dos problemas: primero, no es posible hallar la amplitud de la IV para todos los años, sino para el último, esto es

el 2009; ello se debe a que las EPS publican en sus páginas Web la red de servicios para el último año y no de los años anteriores. Segundo, la medición de red propia y externa no es un indicador confiable de control vertical; ello se debe a que, tal y como se definió la IV (cuasi-integración vertical o imposición de restricciones verticales), lo ideal sería hacerlo por el gasto que hace cada EPS en los diferentes tipos de servicios, pero la información disponible no permitió hacer el análisis de dicha forma.

Tabla 2. Amplitud de la IV: EPS con mayor grado de control vertical en el mercado.

CÓD. EPS	EPS	ATENCIÓN BÁSICA	ATENCIÓN DE COMPLEJIDAD
002	Salud Total	76,157%	17,121%
010	Suramericana	58,225%	10,933%
013	Saludcoop	71,513%	47,337%
016	Coomeva	64,843%	17,039%
017	Famisanar	85,685%	28,995%
PROMEDIO		71,285%	24,285%

Fuente: Páginas Web de las EPS y Fosyga. Cálculos del autor.

La tabla 2, indica que el grado de IV es mayor en servicios básicos que en servicios especializados y/o de complejidad. Los datos se hallaron tan sólo para las EPS con mayor grado de IV, pero no se pudo incluir el ISS porque ya no está funcionando y tampoco se pudo incluir la EPS Sanitas dado que la información en su página Web no es suficiente para hacer el análisis. Ahora bien, en promedio las EPS gastan un 71.3% en la red propia, cuando prestan servicios básicos; y gastan, en promedio, 24.3% en la red propia cuando se trata de servicios especializados y/o de complejidad. Ello confirma la hipótesis de Castaño (2004), quien afirma que: siendo los servicios básicos de atención la puerta de entrada al sistema, las EPS querrán tener un mayor control sobre ellos, pues éstos son los que determinan los subsiguientes gastos; lo anterior implica que el control sobre

los servicios básicos de salud es importante en la medida en que ayuda a controlar los gastos del sistema de salud.

En la tabla 2, se evidencia que para las EPS con mayor grado de IV, el gasto en la red propia en servicio básicos oscila entre 58% y 86%; mientras que el gasto en la red propia, para servicios especializados y/o de complejidad, oscila entre 11% y 47%, siendo el grupo Saludcoop quien tiene un mayor grado de control sobre los servicios especializados y/o de complejidad. Esta última observación puede ser notada en que el grupo Saludcoop es el que mayores clínicas de su propiedad tiene, así mismo es fue quien en el 2002 se fusionó con la EPS Cruz Blanca, que poseía un número considerable de IPS en su propiedad. Otra observación importante es que la EPS analizadas han creado o sus propias Unidades Básicas de Atención, con lo que han controlado la puerta de entrada al sistema.

Pero también, se debe recordar que la Ley 1122 de enero de 2007 puso un tope máximo al gasto que una EPS puede hacer en las IPS de su propiedad: 30%. Cabe resaltar que el análisis aquí propuesto contempla dos servicios por separado y por tanto no permite determinar si las EPS aún siguen “voladas” del tope máximo legal permitido; igualmente, en el análisis de amplitud se tuvieron en cuenta los contratos de exclusividad, pues la IV no es sólo propiedad común sino también control vertical. Sin embargo, según Portafolio, a marzo de 2008, algunas EPS aún estaban por encima del tope permitido.

3. EFECTOS DE LA IV EN EL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO

Como se ha afirmado, la estructura del mercado de servicios de salud en Colombia ha cambiado en los últimos años, influenciado por las medidas regulatorias anteriormente descritas. La competencia entre EPS ha llevado a posicionar a unas sobre otras, aumentando el poder de mercado por un lado y logrando economías de escala por el otro. En cuanto a la integración vertical, el poder de las firmas sobre el mercado de IPS se ha visto disminuido por el cierre del ISS, pues esta EPS fue quién tuvo el mayor grado de control vertical y figuró entre el 2004 y el 2007 como la segunda mayor empresa con poder para establecer restricciones verticales. Sin embargo, se hace necesario verificar cuáles han sido los efectos de la IV en el mercado de servicios de salud en Colombia.

3.1 VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LA IV

¿Qué efectos en el mercado trae la IV? ¿Es buena en todos los casos? ¿Disminuye siempre los problemas de información y mejora la eficiencia asignativa y productiva? ¿O sólo es buena para las firmas involucradas? ¿De qué manera afecta a los consumidores? Pues bien, se acepta que los beneficios de la integración vertical varían entre productos y servicios prestados; sin embargo, se pueden enunciar los siguientes [Blois (1972), Pág. 254]:

- Reduce la incertidumbre de los contratos a largo plazo (minimiza el riesgo porque da estabilidad a las transacciones).

- Minimiza los problemas de asimetrías de información: riesgo moral y selección adversa.
- Aumenta los beneficios de las empresas (apropiación de cuasirentas).
- Permite reducir costos de la producción o de la prestación de un servicio (controla los costos de insumos o de comercialización).

Análogamente se enuncian los siguientes efectos adversos:

- Disparidades entre capacidades productivas en diversas etapas de la producción.
- Presión de la opinión pública y gubernamental.
- Falta de especialización (o división del trabajo).
- Inflexibilidad en las operaciones.
- Aumento del equipo de dirección.
- Falta de competencia en la producción de bienes intermedios.

Ahora bien, en cuanto a los beneficios que trae la IV para los consumidores y para el mercado en su conjunto, las formalizaciones matemáticas convergen en que es beneficiosa. En general, se habla del efecto de la doble marginalización, el cual se ha descrito en un sinnúmero de documentos y plantea que la IV trae ventajas por cuanto: disminuye los precios a los cuales se transa en el mercado y aumentar los

beneficios de las empresas. En últimas, los excedentes, tanto del productor como del consumidor, aumentan, lo cual muestra que disminuye la ineficiencia del mercado. También, se argumenta que la IV mejora la calidad del bien final por cuanto las firmas controlan a sus proveedores o a sus comercializadores, y con ello pueden tener mayor información sobre la calidad de sus productos.

Economides (1997), plantea un modelo de doble marginalización, en el cual concluye que la IV entre dos empresas que operan cada una en un mercado monopolístico es la mejor opción tanto para consumidores como productores. Economides parte del supuesto de que la calidad del bien final es percibida como el mínimo de la calidad de los bienes que lo constituyen. Esto es, el consumidor no percibe la calidad de los diferentes bienes intermedios, aunque estas calidades forman parte del bien final; ahora, la calidad del bien final no es la sumatoria de la calidad de los bienes que lo conforman, sino que es igual a la calidad del bien intermedio con la menor calidad.

Bajo este supuesto, ninguna empresa tendrá incentivos a mejorar la calidad de su producto, ya que el consumidor final no puede distinguir cuál es la empresa de menor calidad. Esto es especialmente importante en el sector de servicios, donde el consumidor percibe la calidad total de un servicio, pero no puede determinar la calidad que le ofrecen las diferentes firmas que le prestan el servicio. Por ejemplo en servicios de salud, donde el usuario percibe la calidad en la prestación de servicios odontológicos en su conjunto, pero no puede percibir si la buena o la mala prestación del servicio se debe a gestión de su EPS o a la prestación de la IPS donde lo atienden. Este supuesto conlleva que la IV sea una buena opción, pues si las firmas se integran van a querer mejorar la calidad de sus bienes finales porque el consumidor podrá percibir con la calidad total de su producto y aumentar la demanda.

Por el contrario, el precio del bien final es igual a la sumatoria de los precios de los bienes que lo constituyen. Sin embargo, las firmas monopólicas no tendrán incentivos a disminuir los precios, porque ellas no se apropiaran de todos los beneficios que esto conlleva. Ello sucede porque el consumidor notará la disminución en el precio del bien final y no en el precio de los productos intermedios con lo que la demanda de ambos productos intermedios aumentará y los beneficios se repartirán entre ambas empresas. La ventaja que trae la IV para los dos monopolios es que ambos se podrán apropiar de los beneficios que trae la disminución de los precios.

En conclusión, la existencia de cuasirentas motiva la IV, ya que el afán de apoderarse de posibles rentas lleva a las firmas a plantear la estrategia de integrarse. La IV puede considerarse de esta manera beneficiosa, pues por el lado de las firmas un mayor control permite apoderarse de cuasirentas, derivadas de la mejora de la calidad y la disminución de los precios. Y por el lado de los consumidores se puede lograr una mejora en la calidad del producto y asimismo una disminución de los precios, con lo cual aumentará su excedente.

El problema radica en que las firmas una vez integradas cumplan con dichos objetivos: mejorar la calidad y disminuir los precios. Las objeciones que se dan al respecto de la IV radican en que las motivaciones de IV se dan principalmente por poder de mercado y no por mejorar sus productos. En efecto, la integración vertical conlleva a aumentar el poder de mercado, puesto que las firmas tendrán mayor control bien sobre sus proveedores o bien sobre sus comercializadores, lo que limitará la entrada de firmas que le hagan competencia. Al no haber competencia, no habrá incentivos a mejorar la calidad y disminuir los precios, con lo cual los consumidores perderían. Ello implica que las motivaciones que llevaron a la IV se vuelven adversas a los consumidores y rentables financieramente para los

productores. El problema radica en si el objetivo de la IV es sólo capturar rentas para incrementar las ganancias financieras de las firmas.

Es en este punto donde la regulación juega un papel importante. Pauly (2004) señala que los cambios en la regulación de precios se pueden transformar en cambios en la calidad de los productos. Esto se debe a que algunas empresas que ofrecen mejor calidad que otras, salen del mercado por efectos regulatorios, dejando a otras que no ofrecen productos con tan buena calidad. Pero un cambio en la regulación puede llevar que otras firmas ingresen en el mercado, logrando un aumento de la competencia que redundará en bienestar para los consumidores.

3.2 EFECTOS EN LA CALIDAD

Según Economides (1997), la IV produce mejoras en la calidad de los productos porque los consumidores al ser capaces de determinar la calidad final del producto total, pero no la individual de sus componentes, dan incentivos a las firmas para que mejoren. Sin embargo, el concepto de calidad en el sector de servicios es difícil de determinar dada la intangibilidad del producto a transar. En general los enfoques sobre calidad en los servicios se han dado en lo que ha sido llamado gerencia del servicio.

La gerencia del servicio es un concepto basado en el cliente y la percepción que éste tenga del servicio prestado. Así, la gerencia del servicio indica que la calidad importa en la medida en que aumente la demanda del servicio. La gerencia del servicio es más que un modo de dirección, es un método organizacional para hacer mejor el servicio, en donde las condiciones iniciales básicas deben existir.

Dicho método organizacional propone tratar a los clientes como activos de la empresa, de manera tal que deben ser valorados, se les debe hacer seguimiento y protegerlos. Por tanto, la satisfacción del consumidor es el resultado esperado de la compra, pues ellos son quienes evalúan en todo momento el producto: proceso de compra, uso del producto, proceso de postcompra y disposición del producto. Asimismo, ellos pueden estar en capacidad de observar aspectos como: imagen corporativa, calidad técnica y calidad funcional [CID (2003), Pág. 55-57].

Pero el enfoque de gerencia del servicio también ha sido cuestionado porque se basa en la percepción del usuario, quién no es objetivo a la hora de dar un concepto sobre la EPS que lo atiende, pues se ciñe a su atención particular. En este sentido, la calidad también depende de elementos técnicos que, para el usuario, no son fácilmente identificables: instalaciones, equipos, personal capacitado, red de servicios, servicios complementarios, entre otros.

Evaluar la calidad, se torna así compleja y más porque se trata de servicios de salud. Por ello en este documento se usan indicadores dados por el Observatorio de la Calidad en Salud (OCCS) del Ministerio de la Protección Social. El OCCS cumple con la función de compilar y sistematizar la información recogida por el Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en Salud. Este sistema fue creado mediante Decreto 1011 del 03 de abril de 2006, por ello la información encontrada en el OCCS sólo se encuentra disponible a partir de este año.

Los indicadores de calidad del OCCS²² se dividen en tres grandes grupos, que a su vez se dividen en subgrupos de información:

²² La información de dichos indicadores sólo está disponible a partir del año 2006, año en el que la normatividad así lo instituye. Antes de ello se encuentran estudios separados por diferentes entidades, con el fin de definir la calidad en servicios, pero las más de ellos se basan en percepciones del usuario.

- **Accesibilidad y oportunidad:** Este conjunto de indicadores evidencian el tiempo que tardan las EPS en prestar la atención de servicios de salud y/o si los usuarios tienen efectivo acceso a los servicios de salud.
- **Calidad técnica y gerencia del riesgo:** Está relacionada con la capacidad médico-científico y cumplimiento de protocolos. De tal manera que los indicadores correspondientes a este grupo son aquellos que promueven buenas prácticas médicas y prestan el servicio con los mejores equipos para hallar el diagnóstico y el tratamiento adecuado; además de prevenir enfermedades crónicas.
- **Satisfacción lealtad:** Son un grupo de indicadores subjetivos que se relacionan con la percepción que tiene el usuario o afiliado a la EPS que le presta el servicio.

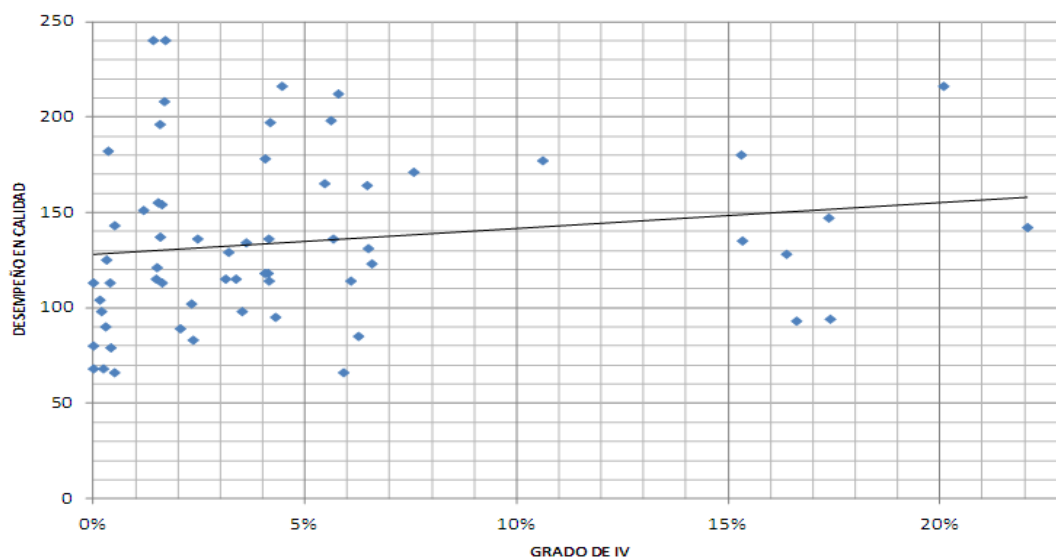
Para evaluar el desempeño de las EPS en cada uno de los indicadores se adaptará una metodología usada en la priorización de políticas públicas. La metodología consiste en ordenar ordinalmente, para un año particular, las EPS según el desempeño que obtengan en cada indicador; así, siguiendo la lógica de lo que en ciclismo se ha llamado la combinada²³, la EPS que sume menos puntos será la que obtenga el mejor desempeño para cada grupo de indicadores, pues es ella la que ha ocupado los mejores lugares en cada uno de los de indicadores que lo conforman [Navarro, 2008]. Es claro que dicha medida ordinal deja de lado las diferencias absolutas que se podrían dar con medidas cardinales; pero, dada la

²³ En las competencias de ciclismo existen varios premios: general, montaña, metas volantes, entre otros. La combinada, es el premio que resulta de sumar la posición que los competidores ocupan en cada una de las anteriores competiciones. El que obtiene la sumatoria más baja es el líder de la combinada, pues considerando todas las clasificaciones, es el que mejor se sitúa en cada una de ellas. A partir de este ejemplo surge la metodología de priorización de políticas públicas expresada por el profesor Jorge L. Navarro.

dificultad de medir la calidad de los servicios de salud, esta metodología es un acercamiento al desempeño conjunto para cada EPS.

La figura 7 muestra la correlación existente entre el grado de IV y el desempeño global de cada EPS en calidad; este desempeño global ha sido medido de acuerdo al lugar que ocupan las EPS en cada grupo de indicadores. Así, parece que hay una relación positiva entre el grado de IV, medido por el gasto en el mercado de IPS, y el indicador de desempeño de calidad, medido de forma ordinal. Sin embargo, dado que en la figura se mezclan los tres años analizados, la tendencia positiva también puede obedecer al conocimiento que adquieren las EPS en el tiempo y que llevan a mejorar los indicadores de calidad. En el anexo D, es posible ver el indicador año por año y, aunque ellos también se evidencia una tendencia positiva, se nota una separación de los datos en dos grupos: al lado derecho se concentran aquellas empresas con mayor grado de IV y al izquierdo las que tienen menor grado de IV, pero el indicador de desempeño de calidad parecer fluctuar en la misma medida en los dos subgrupos. Lo anterior indica que, a pesar del mayor grado de control vertical, las EPS más integradas no parecen tener indicadores de calidad mejores que aquellas que tienen un menor grado de control vertical.

Figura 7. Grado de IV vs. Indicador global de desempeño en calidad (2006-2008).



Fuente: superintendencia de salud y OCCS. Cálculos del autor.

Una comparación vertical año por año permitirá dar una deducción más clara. La tabla 3 muestra el desempeño global de calidad entre el año 2006 y el 2008 (para ver los valores que llevaron a dicha ordenación, (ver anexo E). Para el conjunto de años, las EPS con mayor grado de IV fueron: el grupo Saludcoop (Cruz Blanca, Cafesalud y Saludcoop), Coomeva e ISS, y de ellas tan sólo el grupo Saludcoop ocupó lugares de distinción en los años analizados, mientras que Coomeva y el ISS ocuparon lugares por debajo de la media, en el indicador global de desempeño en calidad. Es más, se evidencia que las tres EPS del grupo Saludcoop, en conjunto, ocuparon lugares distintivos sólo en el año 2006, mientras que en los años siguientes tan sólo fue alguna de ellas.

Tabla 3. Desempeño en global en calidad

DESEMPEÑO EN GLOBAL EN CALIDAD		
2006	2007	2008
Salud Colpatria	Suramericana	Multimedicas
Saludcolombia	Saludcoop	Red atención humana
Suramericana	Salud Colpatria	Golden Group
Saludcoop	Colmedica	Saludcolombia
Cruz Blanca	Saludcolombia	Cruz Blanca
Cafesalud	Sanitas	Suramericana
Humana Vivir	Cruz Blanca	Servicio Occidental de Salud
Colmedica	Salud Total	Salud Colpatria
Servicio Occidental de Salud	Servicio Occidental de Salud	Saludcoop
Solsalud	Comfenalco Antioquia	Cafesalud
Sanitas	Compensar	Colmedica
Comfenalco Antioquia	Cafesalud	Solsalud
Coomeva	Saludvida	Humana Vivir
Saludvida	Coomeva	Comfenalco Antioquia
Famisanar	ISS	Sanitas
Compensar	Comfenalco Valle	Compensar
Comfenalco Valle	Famisanar	Saludvida
Salud Total	Humana Vivir	ISS
ISS	Solsalud	Salud Total
Red atención humana	Red atención humana	Coomeva
Nueva EPS, Golden Group y Multimédicas inician su funcionamiento a partir del 2008		Comfenalco Valle
		Famisanar
		Nueva EPS

Fuente: OCCS, Cálculos propios

¿Cuáles son las EPS con mejor desempeño en calidad? Ellas son Saludcolombia, Suramericana, Salud Colpatria y Saludcoop (esta última medida individualmente). Entre las cuales, tan sólo Saludcoop y Suramericana poseen niveles de gasto considerables que las llevan a obtener requerimientos especiales por parte de las IPS. Las demás, mantienen cierto grado de control vertical, pero que no es considerable a la hora de imponerse en el mercado. Esta evidencia permite ver que, las EPS con mayor grado de control vertical no tienen necesariamente los

mejores desempeños en calidad.

Tabla 4. Desempeño en oportunidad y accesibilidad.

DESEMPEÑO EN OPORTUNIDAD Y ACCESIBILIDAD		
2006	2007	2008
Saludcolombia	Suramericana	Golden Group
Salud Colpatria	Salud Colpatria	Saludcolombia
Humana Vivir	Saludcolombia	Multimedicas
Saludvida	Colmedica	Red atención humana
Colmedica	Saludcoop	Colmedica
Suramericana	Cruz Blanca	Cafesalud
Saludcoop	Salud Total	Suramericana
Cafesalud	Saludvida	Comfenalco Antioquia
Comfenalco Antioquia	Compensar	Cruz Blanca
Solsalud	Comfenalco Valle	Servicio Occidental de Salud
Servicio Occidental de Salud	Cafesalud	Humana Vivir
Cruz Blanca	Servicio Occidental de Salud	Saludcoop
Coomeva	Comfenalco Antioquia	Saludvida
Famisanar	Sanitas	Compensar
Sanitas	ISS	Comfenalco Valle
Compensar	Coomeva	Coomeva
Comfenalco Valle	Famisanar	Solsalud
Salud Total	Humana Vivir	Salud Colpatria
ISS	Solsalud	Sanitas
Red atención humana	Red atención humana	Nueva EPS
Nueva EPS, Golden Group y Multimédicas inician su funcionamiento a partir del 2008		Salud Total
		ISS
		Famisanar

Fuente: OCCS, Cálculos propios

Ahora bien, analizando el desempeño en cada conjunto de indicadores de calidad se observa lo siguiente: las EPS obtienen mejores desempeños en el indicador de satisfacción y lealtad, que en el indicador de oportunidad y accesibilidad, para el conjunto de años analizado (ver anexo E). Según la tabla 4, las EPS que tienen un

mejor desempeño en los indicadores de oportunidad y accesibilidad son: Saludcolombia, Salud Colpatria y Colmedica; mientras que las que tienen el desempeño más bajo son: ISS, Salud Total y Famisanar. De estas EPS es de destacar, que tanto el ISS (aunque ahora ya fue cerrado) como Salud Total, tienen entre el 2006 y el 2008 un importante grado de control vertical, pero ello no fue suficiente para que tuvieran un mejor desempeño en oportunidad y accesibilidad.

Tabla 5. Desempeño en calidad técnica y gerencia del riesgo.

DESEMPEÑO EN CALIDAD TÉCNICA Y GERENCIA DEL RIESGO		
2006	2007	2008
Salud Colpatria	Salud Colpatria	Cruz Blanca
Cafesalud	Colmedica	Red atención humana
Cruz Blanca	Coomeva	Multimedicas
Saludcolombia	Saludcoop	Golden Group
Coomeva	Suramericana	Servicio Occidental de Salud
Suramericana	Saludcolombia	Saludcolombia
Saludcoop	Sanitas	Salud Colpatria
Colmedica	Cruz Blanca	Humana Vivir
Famisanar	Comfenalco Antioquia	Solsalud
Servicio Occidental de Salud	Salud Total	Saludvida
Sanitas	Servicio Occidental de Salud	Saludcoop
Comfenalco Antioquia	Cafesalud	Suramericana
Humana Vivir	Famisanar	Colmedica
Saludvida	ISS	Cafesalud
Solsalud	Compensar	Famisanar
Salud Total	Comfenalco Valle	Comfenalco Antioquia
ISS	Saludvida	Sanitas
Compensar	Humana Vivir	Coomeva
Comfenalco Valle	Solsalud	Salud Total
Red atención humana	Red atención humana	ISS
Nueva EPS, Golden Group y Multimédicas inician su funcionamiento a partir del 2008		Compensar
		Nueva EPS
		Comfenalco Valle

Fuente: OCCS, Cálculos propios

Por otro lado, la tabla 5 muestra el desempeño en el indicador de calidad técnica y gerencia del riesgo (para ver los datos ver anexo E). Es de destacar el desempeño del grupo Saludcoop, pues sus EPS ocupan los primeros lugares en los años analizados. Igualmente el desempeño de Salud Colpatria, quien es el mejor durante dos años consecutivos. Este indicador es importante en la medida en que es una aproximación a la calidad de instrumentos usados y capacitación del personal contratado por parte de las EPS; así, si el grupo Saludcoop muestra un buen desempeño podría sugerir que ha sido capaz de contratar con buenas IPS, con buen personal médico, pero al mismo tiempo ha podido imponer restricciones verticales para el buen funcionamiento de dichas instalaciones. Pero, cómo la idea es dar una aproximación al desempeño del conjunto del sistema, se debe tomar en cuenta que las demás EPS con altos grados de IV no muestran tan buen desempeño en dicho indicador; aún más, la misma Saludcoop no muestra un buen desempeño en el indicador de oportunidad y accesibilidad. Entonces, se vuelve a confirmar la evidencia de qué el desempeño en la calidad no depende del grado de control vertical, sino que obedece más a la competencia por el mercado.

Tabla 6. Desempeño en satisfacción y lealtad.

DESEMPEÑO EN SATISFACCIÓN Y LEALTAD		
2006	2007	2008
Sanitas	Suramericana	Suramericana
Saludcoop	Saludcoop	Multimedicas
Solsalud	Saludvida	Salud Colpatria
Suramericana	Compensar	Red atención humana
Cruz Blanca	Sanitas	Sanitas
Servicio Occidental de Salud	Servicio Occidental de Salud	Saludcoop
Humana Vivir	Cafesalud	Servicio Occidental de Salud
Cafesalud	Comfenalco Antioquia	ISS
Comfenalco Antioquia	Colmedica	Golden Group
Salud Colpatria	Salud Total	Compensar
Saludcolombia	ISS	Cafesalud
Colmedica	Cruz Blanca	Saludcolombia
Famisanar	Salud Colpatria	Salud Total
Coomeva	Comfenalco Valle	Cruz Blanca
Saludvida	Famisanar	Solsalud
Salud Total	Coomeva	Comfenalco Antioquia
ISS	Saludcolombia	Colmedica
Compensar	Solsalud	Comfenalco Valle
Comfenalco Valle	Humana Vivir	Coomeva
Red atención humana	Red atención humana	Famisanar
Nueva EPS, Golden Group y Multimédicas inician su funcionamiento a partir del 2008		Humana Vivir
		Nueva EPS
		Saludvida

Fuente: OCCS, Cálculos propios

En cuanto al indicador de satisfacción y lealtad del usuario, es el que las EPS han mostrado un mejor desempeño a nivel general. La tabla 6 evidencia que las EPS Saludcoop, Sanitas y Suramericana, son las de mejores desempeños; sin embargo, las EPS Coomeva, Humana Vivir y Comfenalco Valle, son las que tienen desempeños más bajos. Este indicador implica necesariamente la percepción que tienen los usuarios acerca de la calidad de las EPS y es importante en la medida que la calidad éste basada en la gerencia del servicio. Sin embargo, para el análisis particular aquí propuesto cada uno de los anteriores indicadores posee la misma importancia. De destacar es la percepción que tienen los usuarios de

Saludcoop, aunque no todas las empresas del grupo ocupen un puesto de distinción. Análogamente, se destaca la percepción de los usuarios a cerca de Coomeva y Humana Vivir, quién se encuentran en los niveles más bajos de desempeño.

La evidencia muestra, entonces, que el desempeño en calidad no está necesariamente ligado al grado de control vertical que ejerza la EPS en el mercado de IPS, sino más bien depende de otros factores, entre los cuales se podría mencionar la competencia por un mayor número de usuarios. Claro está que para dar una conclusión más precisa, a cerca de las motivaciones para mejorar la calidad, es necesario de un análisis más profundo. Pero lo que sí se puede sugerir en este análisis es que el grado de IV, y más precisamente la imposición de restricciones verticales, no es una condición suficiente para que haya un mejor desempeño en los indicadores de calidad.

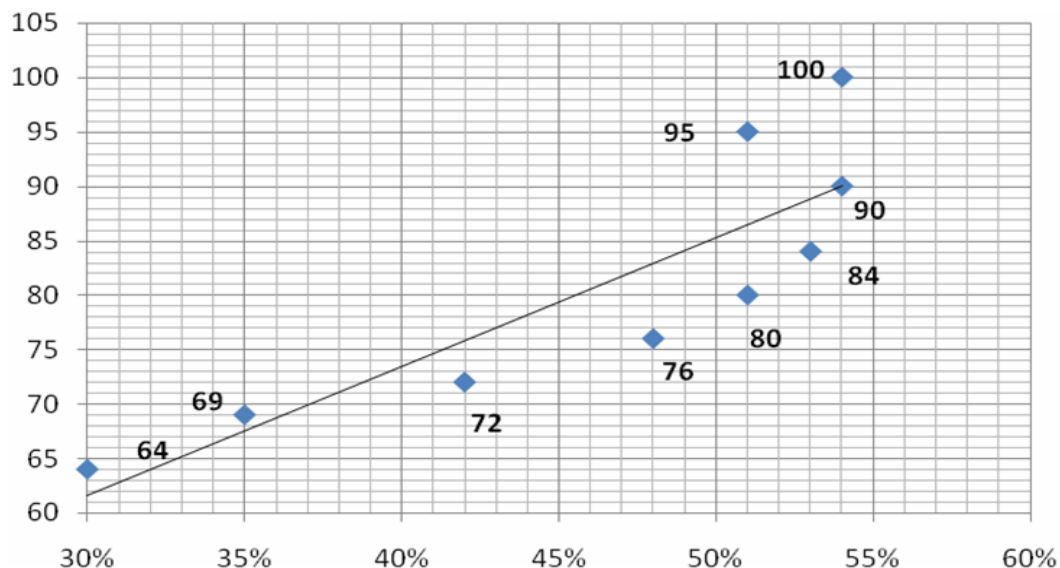
3.3 EFECTOS EN LOS PRECIOS

Según Restrepo et al (2007), Spengler (1950) hace un análisis de doble marginalización consistente en que en la producción de un bien existen varios estados de producción coordinados por firmas que compiten independientemente en el mercado por la venta de su producto, obteniendo beneficios mínimos por unidad de producto, lo cual llevaría a una disminución en la cantidad de bienes producidos y vendidos. No obstante, una gran firma puede iniciar a integrarse hasta lograr controlar la producción, lo que es favorable tanto para el productor como para al consumidor, porque incrementa el excedente total.

Al ajustar el modelo de Spengler (1950), señalado por Restrepo et al (2007), se observa, que en el mercado de servicios de salud se cumple el principio de que existen oferentes únicos en el mercado: EPS e IPS. Además, sus productos están relacionados, dado que la demanda de aseguramiento implica la demanda de servicios médicos.

Así, el precio que se establece en el mercado para la atención de la población asegurada (servicios dados por el POS), y que pagan los usuarios, depende del tipo de integración que exista (integración total, cuasi-integración entre otras). Entonces el precio de la integración plena y de la cuasi-integración vertical entre EPS e IPS es igual, o menor, al precio que se establecería sin la integración [Restrepo et al (2007), Pág. 30]. En este aspecto, se debe tener en cuenta, también, el precio de los insumos, es decir, el precio que pactan las EPS con las IPS. Dado que, tal y como señalan Restrepo et al (2007), un incentivo estratégico para la integración es la eliminación de la competencia por medio de la disminución del precio del bien, pero aumentando el precio de otras EPS oferentes que no se han integrado; esto propiciara barreras de entrada en el mercado de servicios de salud.

Figura 8. Grado de IV vs IPC de gastos de aseguramiento privado y otros gastos (2000-2008).

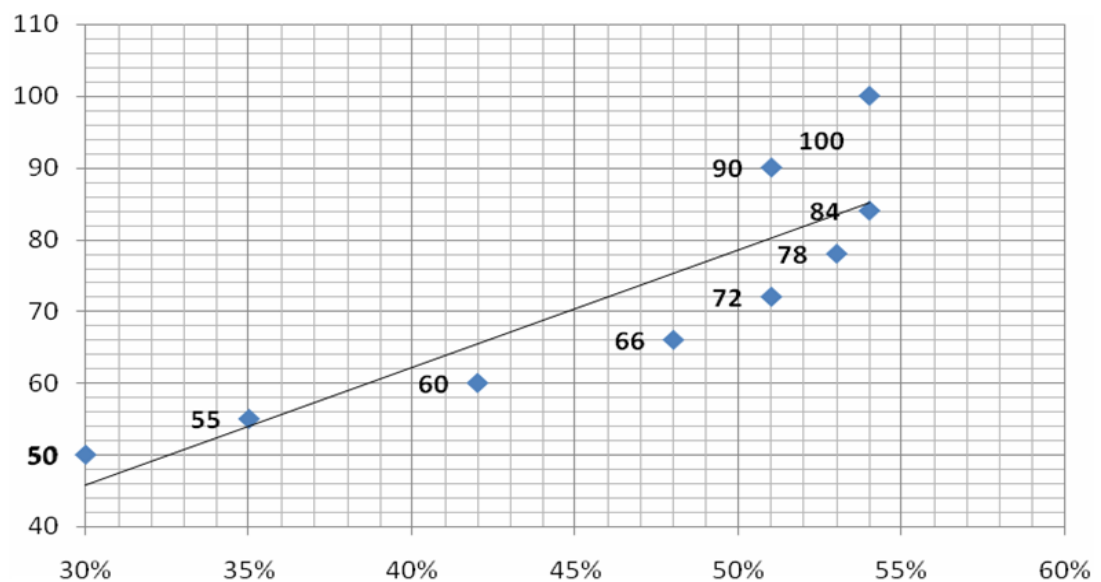


Fuente: DANE, Cálculos del autor

Ahora bien, para hallar la influencia del grado de IV en los precios del mercado de salud, se usará el IPC de servicios de salud. Este IPC se divide en tres grandes grupos: primero, gastos de aseguramiento y otros gastos; segundo, servicios de salud; y tercero, medicamentos e instrumentos quirúrgicos. Los gastos de aseguramiento y otros gastos, se pueden asimilar a aquellos gastos que hacen los usuarios a la hora de ingresar al mercado, ya sea al régimen contributivo o al subsidiado. Los segundos, se pueden interpretar como los precios a los cuales transa las EPS con las IPS en el mercado; es claro que aunque el precio que pagan los usuarios por el POS es regulado, hay una competencia entre IPS por ofrecer servicios más económicos y de mejor calidad a las EPS, con lo cual estos precios sí fluctúan. Los terceros hacen parte de otro eslabón productivo, que no es considerado en este documento.

La figura 8, muestra que existe una relación débil pero positiva entre el grado de IV y el IPC de gastos de aseguramiento privado y otros gastos. Bajo esto se deduce que el comportamiento del IPC de gasto de aseguramiento no se comporta de acuerdo al Modelo de Spengler (1950) que propone Restrepo et al (2007), pues éste establece precios menores, a mayores grado de integración. A diferencia de la figura 8, se sugiere que el grado de integración tiene una relación positiva con los precios en el mercado de salud. No obstante, se debe tener en cuenta, que este comportamiento puede estar explicado por fenómenos alternos a las condiciones de mercado.

Figura 9. Grado de IV vs IPC de servicios de salud (2000-2008).



Fuente: DANE, cálculos del autor

Ahora bien, también se contrastó del comportamiento del IPC de salud, el subgrupo servicios de salud con el grado de Integración Vertical. Se tomo los servicios de salud porque se encuentran compuesto por servicios que hacen parte

de las relaciones de contratación entre EPS e IPS²⁴, en los niveles básicos de atención como son: Medicina Especializada, Consulta Medicina General y Servicios de Hospitalización y Ambulancias.

La figura 9, muestra una relación débil pero positiva, entre el grado de IV y el IPC de servicios de salud; así a mayores grado de integración, mayor es el IPC que paga las EPS en los servicios de salud. Éste análisis sustenta el planteamiento Restrepo et al (2007), en el cual la integración vertical se concibe como una estrategia para eliminar la competencia, aumentando el precio de los insumos. En el caso de la relación entre EPS e IPS, se observa que las EPS de mayor grado de IV pueden inferir en el precio de los servicios médicos de salud y hacer que aquellas EPS que tienen bajos grados de integración, deban pagar mayores precios, dado por supuesto que su mejor participación en el mercado no permite negociar precios más bajos con las IPS, para atender sus usuarios. A diferencia de aquellas EPS, con mayor grado de integración, que si tiene poder de decisión en los precios, y con esto puede tener mejores ganancias entre la UPC que recibe por parte del FOSYGA y el precio que paga a la IPS.

²⁴ Se debe tener en cuenta que estos precios también afecta a los usuarios en la medida que estos requieran servicios que no los cubra el POS, y por tanto, deberán demandar este servicio de manera particular.

4. CONCLUSIONES

- La reforma de salud de la Ley 100, buscaba solucionar problemas de aseguramiento, equidad y sostenibilidad financiera del sistema de salud, que presentaba el anterior sistema de salud caracterizado por el monopolio estatal ISS. Para esto, se crearon dos regímenes de salud, con el fin de vincular a toda la población, el régimen contributivo, población con capacidad de pago y el régimen subsidiado población pobre y vulnerable, además se estableció el principio de solidaridad entre los regímenes así los cotizantes del régimen contributivo disponen libremente a renunciar de 1% de cotización para financiar al régimen subsidiado.
- El sistema de salud se reglamento bajo el marco de competencia regulada, en el cual se establece un precio único por medio de la unidad de pago per cápita, (UPC), y un único producto prestado a través del (pos), con el fin de incentivar la competencia de EPS e IPS hacia la calidad en la prestación del servicio y la regulación en el sistema tiene la función de equilibrar los intereses de los agentes.
- Se ha logrado avances importantes en el aseguramiento a la población en especial a la de más bajos ingresos, sin embargo, ha crecido en mayor medida la población del régimen subsidiado que la del régimen contributivo, esto se explica porque el empleo es un factor determinante en la vinculación de cada régimen. Y por tanto, en la medida en que se fortalezca el empleo formal la vinculación al régimen contributivo será mayor, lo que, garantiza la sostenibilidad financiera del sistema.

- La concentración en el mercado que muestra los indicadores IHH y CR4, señalan mayor concentración a principios de la década del 2000 y a comienzos del 2006, una tendencia de menor concentración, este cambio se explica por la expedición de normas como el artículo 15 de la ley 1122 así como la liquidación del ISS.
- La IV no es sólo propiedad común, pues hay un sinnúmero de contratos que pueden hacer que una EPS tenga control sobre la IPS. Por tanto la IV se basa más, en el grado de restricciones verticales o de controles verticales, que una EPS pueda imponer a las IPS.
- El ISS mantuvo durante cuatro de los años analizados, el mayor control vertical sobre el mercado de IPS. Sin embargo, a partir del 2004 su dominio inicia a decrecer. De esta manera, si se evalúa la concentración del gasto del mercado en su conjunto, se evidencia una disminución del grado de control vertical.
- Sin embargo, sacando del análisis al ISS la tendencia es diferente. Pues a medida que el ISS ha venido perdiendo su capacidad de imponer restricciones verticales, las demás EPS lo han ido ganando, lo cual indica que el grado de IV si ha aumentado. En general, el gasto se ha concentrado en seis EPS: grupo Saludcoop, Coomeva, Salud Total, Suramericana, Sanitas y Famisanar.
- En cuanto a la amplitud, las EPS han gastado más en redes propias cuando las actividades corresponden a servicios básicos de salud. Mientras que, cuando las actividades corresponden a servicios especializados y/o complejos,

las EPS han reducido su gasto. Ello revela que las EPS prefieren mantener un mayor control en servicios básicos, porque ellos representan la puerta de entrada a los servicios médicos de salud.

- Se evidencia una relación positiva entre la cantidad de usuarios que concentra cada EPS y el grado de IV que tienen. Lo anterior sugiere: por el lado de las EPS, que un mayor número de usuarios le permite adquirir mayor poder de negociación en el mercado de IPS (mayores usuarios, mayores gasto en el mercado); por el lado de las IPS, que ellas contrataran en mayor medida con EPS que sean capaces de garantizarles una gran demanda; y por el lado de lado de los usuarios, estos podrían preferir una EPS con mayores grados de IV, porque les garantizará un red de prestadores más amplia.
- La IV en sí no es buena ni mala, sino que depende del objetivo que se pretenda alcanzar cuando se realice. Puede ser que un mayor grado de control vertical lleve a un mejor funcionamiento de los procesos; pero también, puede suceder que un mayor grado de IV se dé con el objetivo de capturar rentas y disminuyan la calidad de los procesos.
- El indicador de desempeño en calidad muestra que mayores grados de IV no son suficientes para que haya una mejor prestación de servicios médicos de salud. En general, las EPS con mayor grado de control vertical no tienen mejores indicadores que las EPS que tienen menores grados de control vertical.
- Las EPS tienen un mejor desempeño en el indicador de satisfacción y lealtad

de los usuarios; sin embargo, en el indicador de oportunidad y accesibilidad el desempeño del conjunto no fue satisfactorio.

- A nivel del efecto precios no se evidencio una relación entre el precio que pagan los usuarios en áreas como gastos de aseguramiento privado y público, pagos complementarios entre otros.
- En cuanto al precio que se maneja entre las EPS e IPS, representado a través del IPC de servicios de salud, se deduce que a mayor grado de integración mayor serán los costos de insumo, en el caso del mercado de salud son; consulta de medicina general y especializada y servicios de hospitalización y ambulancia.

BIBLIOGRAFÍA

BARÓN, Gilberto. "Cuentas de Salud En Colombia 1993-2003". El Gasto Nacional en Salud y su Financiamiento. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud (PARS). Bogotá D.C.: Ministerio de Protección Social, 2007. 250 p.

BLOIS, K. J. "Vertical Quasi-Integration". En: Journal of Industrial Economics, Vol 20, N° 3, p. 253-272.

CADAVID, José, GARCÍA, John y LÓPEZ, Gustavo. Fundamentos teóricos de la integración vertical". Documento de trabajo de la investigación: "La desintegración vertical en el sector eléctrico colombiano". Medellín: Universidad EAFIT. Grupo de Estudios en Microeconomía Aplicada, 2004. 27 p.

CASTAÑO, Ramón Abel. Integración vertical entre empresas prestadoras de salud e instituciones prestadoras de salud. En: Revista Gerencias y Políticas de Salud, Julio, 2004, Vol 3, N° 006, p. 35-51

CENTRO DE INVESTIGACIONES PARA EL DESARROLLO - CID. "Metodología para el diseño y cálculo de ordenamiento (Ranking) de Entidades Promotoras de Salud". Bogotá D.C.: Universidad Nacional, 2007. 168 p.

COASE, Ronald. La naturaleza de la empresa. En: La naturaleza de la empresa. Compiladores: Williamson Oliver y Winter Sidney. México D.F.: Fondo de Cultura

Económica, 1996. p. 29-48.

ECONOMIDES, Nicholas. Quality choice and vertical integration. En: International Journal of Industrial Organization, N° 17, p. 903-914.

GONZÁLEZ, Jorge. La salud, el aseguramiento y la equidad. Bogotá D.C.: Universidad Nacional de Colombia, Observatorio de Equidad, 2001. 7 p.

GORBANEFF, Yuri, TORRES, Sergio y CONTRERAS, Nelson. Anatomía de la cadena de prestación de salud en Colombia en el Régimen Contributivo. En: Revista de Gerencia y Políticas de Salud, Julio, 2004, Vol 3 N° 006, p. 88-106

GRUPO DE LA ECONOMÍA DE LA SALUD. Resultados financieros del seguro público de salud 1996-2005. En: Observatorio de la seguridad social, Agosto, 2006, Vol 5, N° 13. 12 p.

MORALES, Luis. El Financiamiento del Sistema de Seguridad Social en salud en Colombia. En: Serie de Financiamiento, CEPAL, Julio, 1997, N° 55. 49 p.

NAVARRO, Jorge. Un método simple para priorizar problemas de política pública. Bucaramanga: Universidad Industrial de Santander. (No publicado, versión preliminar).

OROZCO, Mario. Caracterización del Mercado del Aseguramiento en Salud para

el Régimen Contributivo en Colombia. Edición electrónica gratuita. Libro Eumed 2008.

PAULY, Mark. Competition in medical services and the quality of care: Concepts and history. En: International Journal of Health Care Finance and Economics, N° 4, Pág. 113-130.

RESTREPO, Jairo Humberto, LOPERA, John Fernando y RODRÍGUEZ, Sandra Milena. La integración vertical en el sistema de salud colombiano. En: Revista de Economía Institucional, Julio - Diciembre, 2007, Vol 9, N° 17, p. 279-308.

RESTREPO, Jairo. El Seguro de Salud en Colombia: ¿Cobertura Universal? En: Revista de Gerencia y Políticas de Salud, Septiembre, 2002, Vol 1, No. 002, p. 25-40

VÁSQUEZ, Héctor. El Estado comunitario y la liquidación del ISS. En: Red Juvenil, Octubre, 2009. Documento Online: http://www.redjuvenil.org/index.php?option=com_content&view=article&id=90:el-estado-comunitario-y-la-liquidacion-del-iss&catid=1:noticias&Itemid=2

VELANDIA, Durfari, RESTREPO Jairo, y RODRÍGUEZ, Sandra. Organismos reguladores del sistema de salud colombiano: Conformación, funcionamiento y responsabilidades. En: Borradores del CIE, Agosto, 2002, No. 1. 25 p.

ANEXOS

ANEXO A. Tabla de valores del CR₄

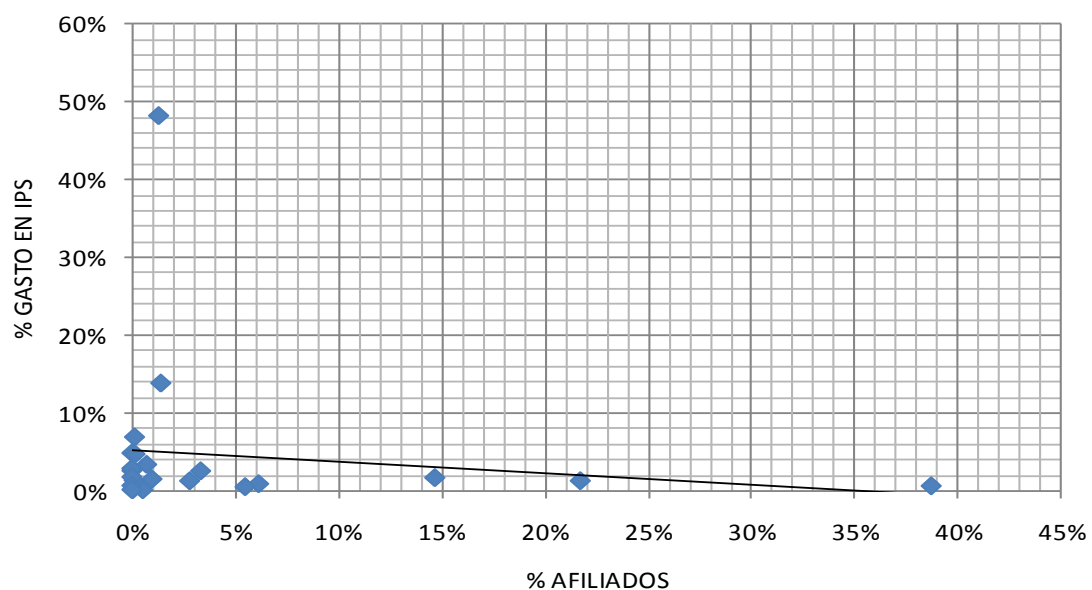
AÑO	CR ₄
2000	41,00%
2001	39,21%
2002	54,46%
2003	58,40%
2004	54,58%
2005	54,83%
2006	54,39%
2007	48,37%
2008	42,26%
2009	35,34%

ANEXO B. Tabla valores IHH

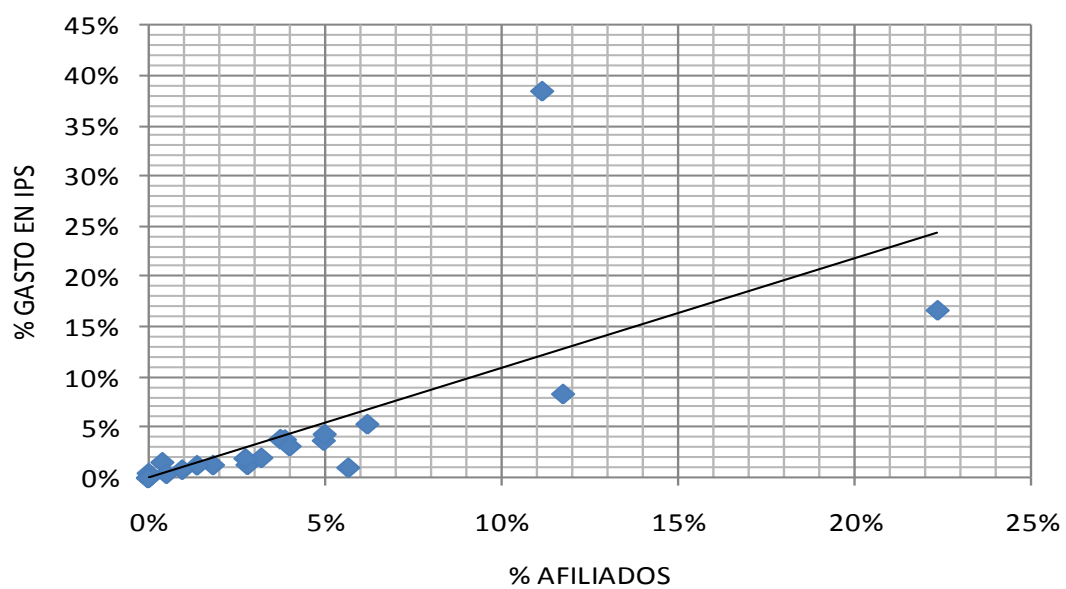
AÑO	IHH
2000	2985,30871
2001	2360,75888
2002	1628,82321
2003	1777,00314
2004	1559,19534
2005	1649,29627
2006	1585,75509
2007	1358,42434
2008	1342,20928
2009	1374,41444

ANEXO C. Relación entre concentración de afiliados y grado de IV año por Año

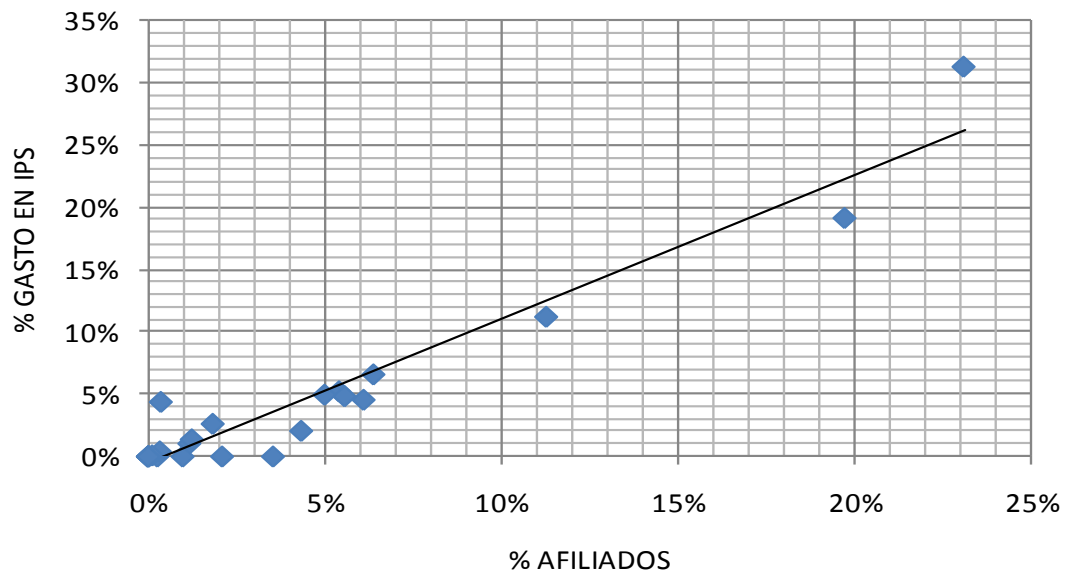
- Relación entre % afiliados vs. Gasto en IPS – año 2000



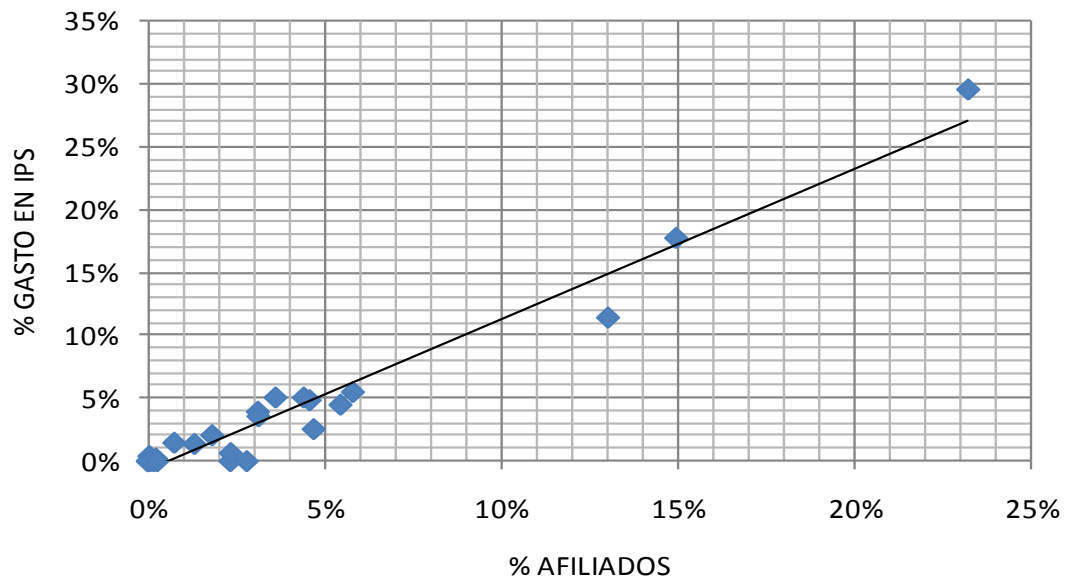
- Relación entre % afiliados vs. Gasto en IPS – año 2001



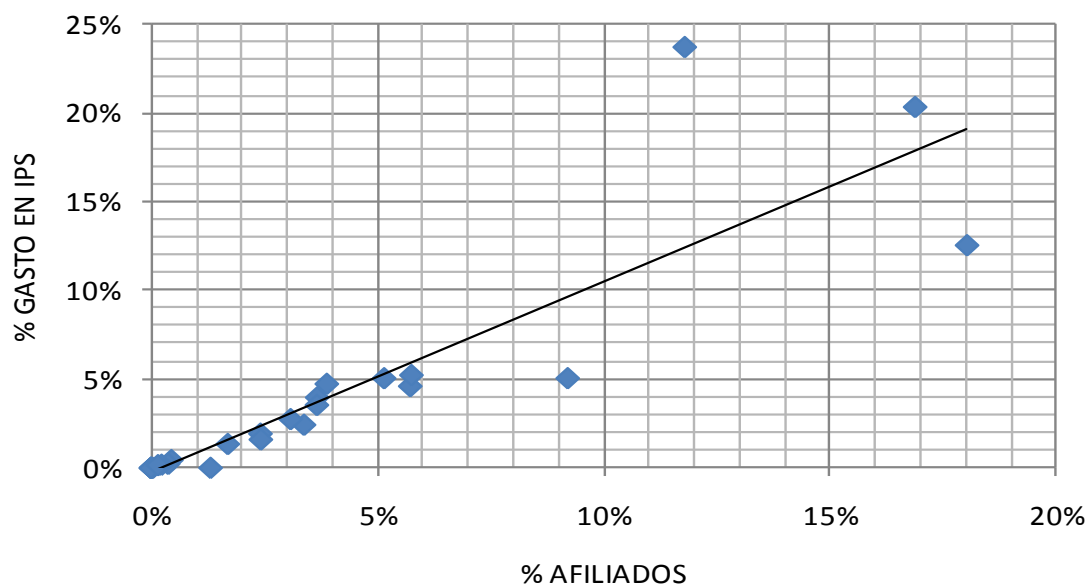
- Relación entre % afiliados vs. Gasto en IPS – año 2002



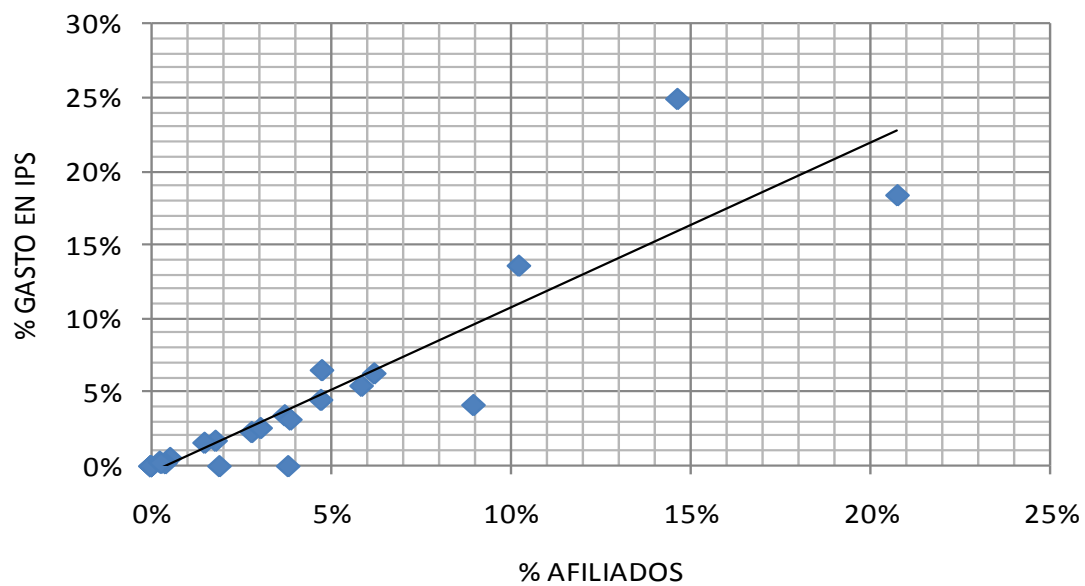
- Relación entre % afiliados vs. Gasto en IPS – año 2003



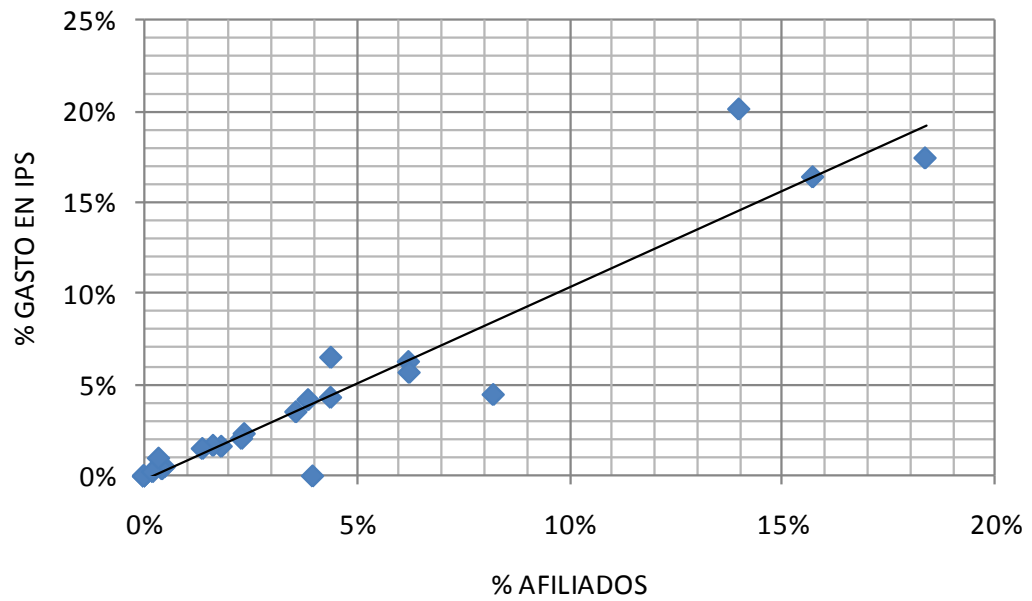
Relación entre % afiliados vs. Gasto en IPS – año 2004



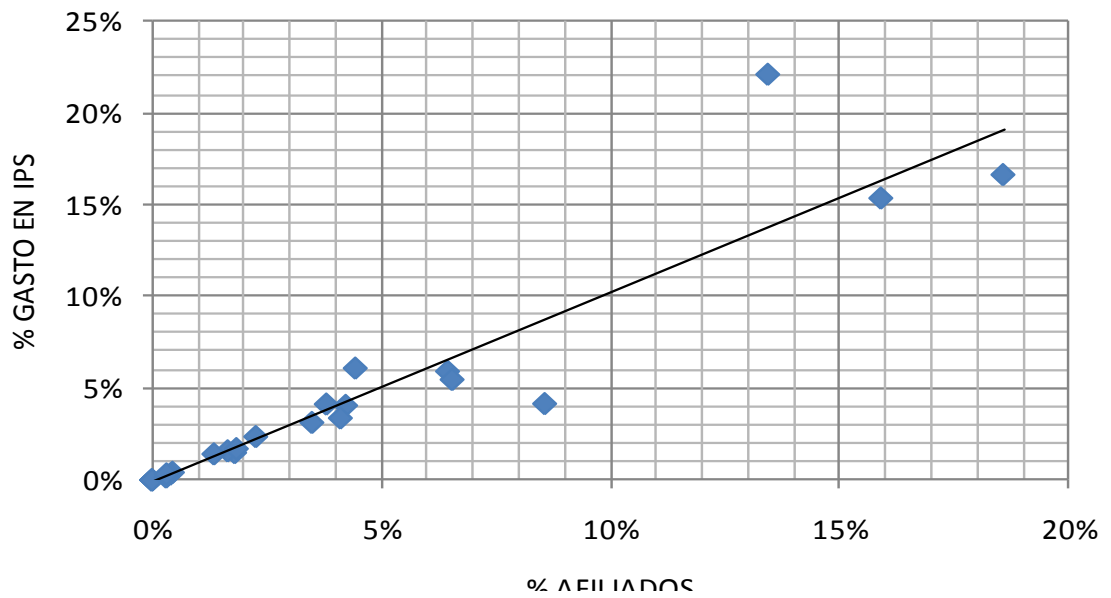
- Relación entre % afiliados vs. Gasto en IPS – año 2005



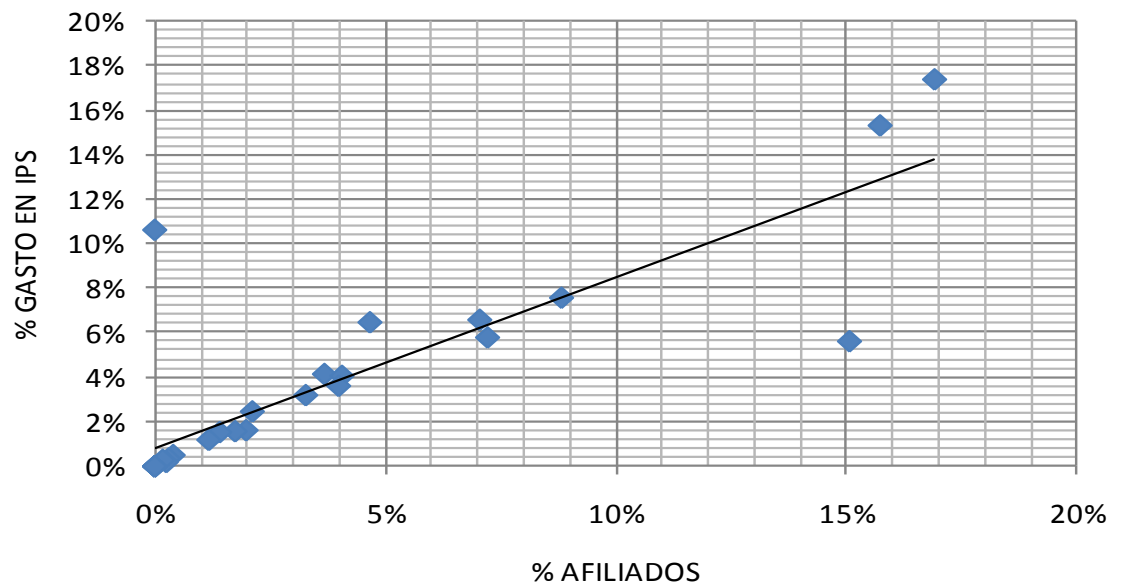
- Relación entre % afiliados vs. Gasto en IPS – año 2006



- Relación entre % afiliados vs. Gasto en IPS – año 2007

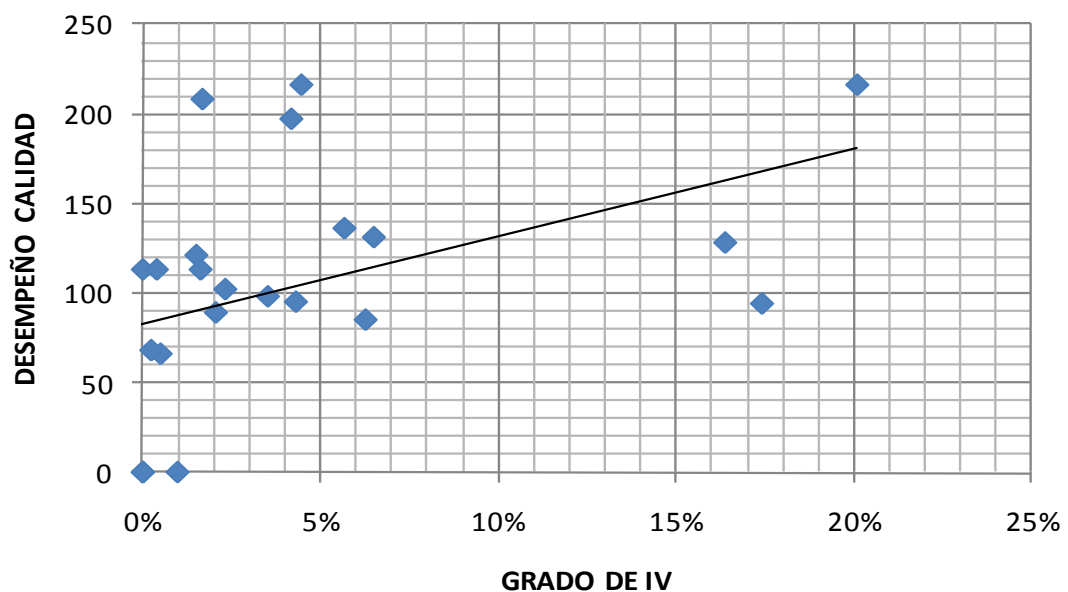


- Relación entre % afiliados vs. Gasto en IPS – año 2008

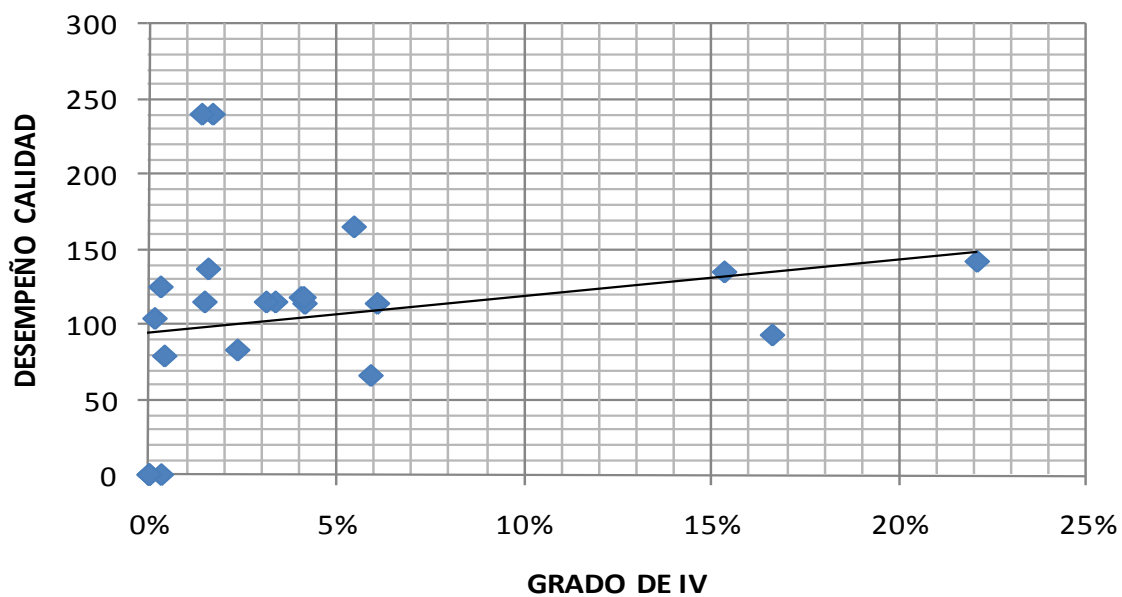


ANEXO D. Relación entre grado de IV e indicador de desempeño en calidad año por año

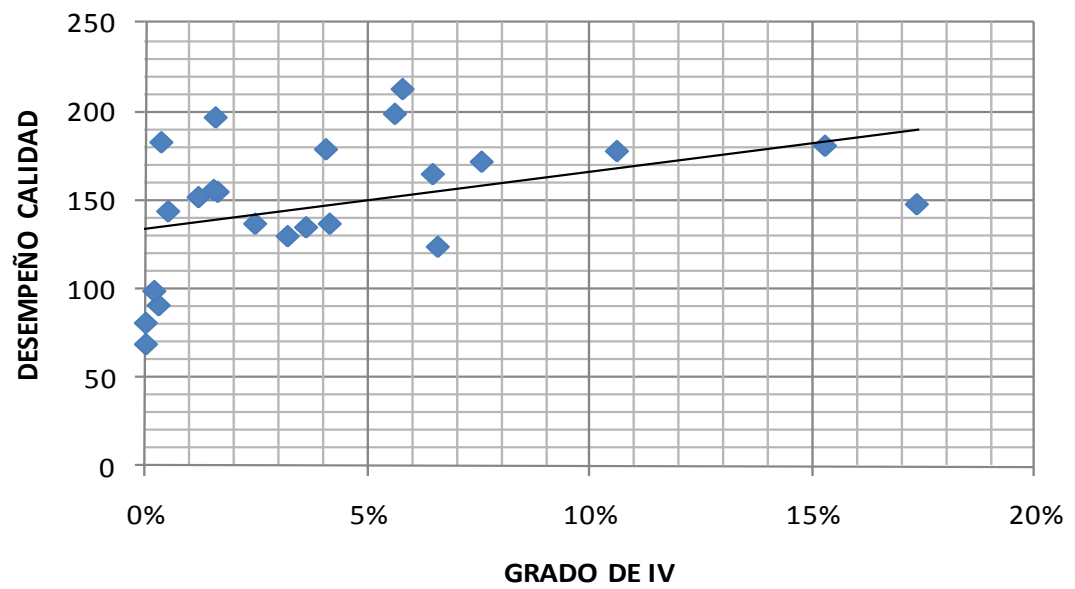
- Grado de IV vs. indicador de desempeño en calidad – año 2006



- Grado de IV vs. indicador de desempeño en calidad – año 2007



- Grado de IV vs. indicador de desempeño en calidad – año 2008



ANEXO E. Tabla indicadores de desempeño en calidad

- tabla indicadores de desempeño en calidad año 2006.

COD EPS	EPS	TOTAL	OYA	CTY GR	SYL
015	Salud Colpatria	 66	 35	 10	 21
034	Saludcolombia	 68	 28	 13	 27
010	Suramericana	 85	 51	 18	 16
014	Humana Vivir	 89	 41	 29	 19
013	Saludcoop	 94	 59	 21	 14
003	Cafesalud	 95	 63	 12	 20
023	Cruz Blanca	 98	 70	 12	 16
001	Colmedica	 102	 50	 23	 29
009	Comfenalco Antioquia	 113	 64	 29	 20
018	Servicio Occidental de Salud	 113	 70	 26	 17
033	Saludvida	 113	 43	 37	 33
026	Solsalud	 121	 64	 43	 14
016	Coomeva	 128	 80	 16	 32
005	Sanitas	 131	 89	 28	 14
017	Famisanar	 136	 83	 23	 30
008	Compensar	 197	 102	 52	 43
012	Comfenalco Valle	 208	 113	 52	 43
002	Salud Total	 216	 121	 52	 43
006	ISS	 216	 121	 52	 43
035	Red atención humana en salud	 216	 121	 52	 43
037	Nueva EPS	INICIAN A OPERAR EN EL 2008			
038	Multimedicas				
039	Golden Group				

- Tabla indicadores de desempeño en calidad año 2007

COD EPS	EPS	TOTAL	O Y A	CT Y GR	S Y L
010	Suramericana	 66	 36	 22	 8
015	Salud Colpatría	 79	 42	 7	 30
001	Colmedica	 83	 44	 16	 23
013	Saludcoop	 93	 55	 21	 17
034	Saludcolombia	 104	 43	 23	 38
005	Sanitas	 114	 70	 24	 20
002	Salud Total	 114	 59	 28	 27
018	Servicio Occidental de Salud	 115	 63	 31	 21
009	Comfenalco Antioquia	 115	 65	 27	 23
023	Cruz Blanca	 115	 59	 27	 29
008	Compensar	 118	 60	 40	 18
003	Cafesalud	 118	 63	 32	 23
033	Saludvida	 125	 60	 47	 18
016	Coomeva	 135	 84	 17	 34
012	Comfenalco Valle	 137	 60	 46	 31
006	ISS	 142	 77	 38	 27
017	Famisanar	 165	 93	 38	 34
014	Humana Vivir	 240	 127	 62	 51
026	Solsalud	 240	 127	 62	 51
035	Red atención humana en salud	 240	 127	 62	 51
037	Nueva EPS	INICIAN A OPERAR EN EL 2008			
038	Multimedicas				
039	Golden Group				

- Tabla indicadores de desempeño en calidad año 2008

COD EPS	EPS	TOTAL	O Y A	CT Y GR	S Y L
039	Golden Group	 68	 17	 24	 27
038	Multimedicas	 80	 44	 23	 13
035	Red atención humana en salud	 90	 49	 19	 22
034	Saludcolombia	 98	 42	 28	 28
010	Suramericana	 123	 74	 37	 12
023	Cruz Blanca	 129	 81	 19	 29
018	Servicio Occidental de Salud	 134	 81	 27	 26
003	Cafesalud	 136	 64	 44	 28
001	Colmedica	 136	 62	 39	 35
015	Salud Colpatría	 143	 91	 30	 22
013	Saludcoop	 147	 87	 34	 26
026	Solsalud	 151	 90	 31	 30
009	Comfenalco Antioquia	 154	 76	 45	 33
014	Humana Vivir	 155	 81	 31	 43
005	Sanitas	 164	 92	 47	 25
002	Salud Total	 171	 94	 48	 29
006	ISS	 177	 102	 48	 27
008	Compensar	 178	 90	 60	 28
016	Coomeva	 180	 90	 48	 42
033	Saludvida	 182	 88	 33	 61
012	Comfenalco Valle	 196	 90	 67	 39
037	Nueva EPS	 198	 92	 60	 46
017	Famisanar	 212	 125	 44	 43