

Estructura y conducta de la oferta del seguro de salud en Colombia*

**-Introducción. -I. Marco de referencia. -II. Metodología. -III. Resultados
-IV. Discusión y conclusiones. -Bibliografía.**

Primera revisión recibida octubre de 2001; versión final aceptada mayo de 2002 (Eds.).

Los mercados de salud se caracterizan por la integración vertical incompleta, en la cual la mayoría de los intercambios se llevan a cabo entre agentes que no son independientes o cada uno es una extensión del otro y, sin embargo, no son de propiedad o administración común. [...] Además, muchas transacciones son multilaterales, como funciones administrativas y directivas que son compartidas entre firmas que ofrecen diferentes tipos de servicios de salud.
(Evans, 1991:60; traducción nuestra).

* Este artículo es un producto de la investigación "Organización industrial del seguro público de salud en Colombia", financiada por la Universidad de Antioquia (Comité para el Desarrollo de la Investigación -Codi-) y realizada en 2001 por Mónica Andrea Arango (estudiante en formación e investigadora principal, programa de Economía de la Universidad de Antioquia), Jairo Humberto Restrepo (coinvestigador), Lina Patricia Casas y Durfari Velandia (asistentes. Estudiantes del programa de Economía de la Universidad de Antioquia). Una versión preliminar fue presentada en el *Observatorio de la Seguridad Social*, No. 2, de septiembre de 2001 (<http://agustinianos.udea.edu.co/economia/ges>).

Los autores agradecen los comentarios y sugerencias de los demás compañeros del GES, así como el valioso aporte de las empresas y personas que atendieron sus entrevistas y encuestas. Igualmente, agradecen los comentarios y aportes de la profesora Diana Pinto Masis, de la Pontificia Universidad Javeriana (Santafé de Bogotá), los cuales si bien no están reflejados completamente en el artículo, constituyen aspectos muy importantes para la elaboración de nuevos proyectos y la consolidación de una línea de investigación. Por último, los autores reconocen como propios los posibles errores o debilidades del artículo. Para comodidad del lector, en el Anexo 3 aparece la definición de las siglas y acrónimos utilizados en el artículo.

Introducción

La reforma a la salud en Colombia (Ley 100 de 1993) consistió en la adopción del sistema general de seguridad social en salud, a través del cual se busca universalizar la cobertura del seguro de salud y realizar la provisión de los servicios en un nuevo ambiente institucional en el que, además de ampliar la cobertura del seguro a la familia de los cotizantes (régimen contributivo) y a las personas sin capacidad de pago (régimen subsidiado), se desarrolla un esquema de competencia regulada para la administración del seguro.¹ Se trata, a diferencia del monopolio estatal que existía antes, de un mercado en el que un agente regulador define el precio y el producto que debe entregarse a los asegurados, el seguro se financia mediante recursos públicos y se cuenta con otras regulaciones sobre la conformación del *pool* de riesgos y la administración financiera del seguro. En teoría, se esperaba la existencia de varias empresas administradoras que compitieran por atraer a los beneficiarios y que éstos tomaran su elección siguiendo criterios de calidad, localización de los prestadores y otras diferencias del producto, lo cual redundaría en una mejor eficiencia del sistema y bienestar de los consumidores.

En la práctica, sin embargo, pueden alcanzarse resultados diferentes a los esperados. Además de las dificultades de información que enfrentan los consumidores para la elección, los mercados de seguros tienden al oligopolio y ello puede llevar a que las empresas busquen diferenciarse, entre otros criterios, según localización espacial de la demanda, sus características socioeconómicas, la imagen del oferente y ciertos productos adicionales, lo cual puede conducir a fenómenos como la selección de riesgos, una concentración local muy alta y una mayor reducción de las posibilidades de elección.

La preocupación sobre la configuración de este mercado de empresas administradoras del seguro público dio lugar a la investigación "Organización industrial del seguro público de salud en Colombia", la cual se enmarca en los dos primeros

1 El concepto de competencia regulada presenta dos matices, según el ambiente institucional en el que opera el seguro: por un lado, como es típico en Estados Unidos, existe la regulación practicada por los propios agentes como una estrategia de compra, con poca injerencia del gobierno (*managed competition* en Enthoven, 1993); por otro lado, la regulación puede referirse a las reglas establecidas y vigiladas por organismos públicos, concretamente la *régulation* en la tradición francesa (Boyer y Saillard, 1995), así como a la integración de funciones de un sistema (el concepto de "pluralismo estructurado" de Frenk y Londoño, 1997). Una discusión sobre la aplicación del concepto de Enthoven en el caso colombiano se encuentra en Restrepo (2000).

elementos del paradigma estructura –conducta– desempeño que constituye el centro de la teoría moderna sobre organización industrial (Tirole, 1990; Santerre y Neun, 2000). Con la investigación se buscaba caracterizar este mercado, por un lado, en cuanto a su estructura, de manera que mediante el análisis de información estadística sobre el número de participantes y su tamaño (número de afiliados) se determinó el tipo de mercado en el que se desenvuelven las empresas, diferenciando la situación nacional y lo ocurrido en los municipios según su tamaño y nivel de desarrollo; por otro lado, en términos de la conducta se exploraron estrategias sobre participación en el mercado, manejo del plan obligatorio de salud y tendencias sobre integración horizontal y vertical, para lo cual se contó con una encuesta y algunas entrevistas en estas empresas.

En este artículo se presentan los resultados generales de la investigación. En la primera sección se presentan los tópicos teóricos sobre el seguro de salud y la organización industrial, así como el marco regulatorio en el cual participan las empresas administradoras del seguro de salud en Colombia; en la segunda, se presenta la metodología empleada en la investigación; en la tercera, se muestran los resultados mediante el análisis de la estructura del mercado, centrandó la atención en la distribución de la oferta en el territorio nacional y la concentración en los mercados locales, así como los hallazgos obtenidos a partir de la encuesta realizada a finales de 2001; en la cuarta, se plantean algunas conclusiones sobre los resultados del análisis y las perspectivas para continuar la investigación y orientar la regulación del mercado.

I. Marco de referencia

A. El seguro de salud y la organización industrial

Los mercados de salud están conformados por cuatro industrias que interactúan entre sí y cada una posee su propia forma de organización y comportamiento sectorial: el seguro de salud, los servicios médicos, los servicios de hospitalización y los medicamentos (Santerre y Neun, 2000). Aunque en la interacción entre estas industrias se ha considerado a los servicios médicos como un determinante fundamental de la dinámica de los demás mercados, debido especialmente a que el médico prescribe la demanda de los otros servicios, en la actualidad cobra mucha importancia el seguro como mecanismo para racionalizar el gasto y articular la administración y financiación con la prestación de servicios.

Como lo planteó Kenneth Arrow en su artículo seminal de economía de la salud (Arrow, 1963), el seguro ofrece una solución al problema de la incertidumbre que

caracteriza los mercados de salud.² Mediante este mecanismo, ofrecido por el propio mercado, se reúne un grupo de personas para diluir el riesgo asociado a los gastos médicos, cada una paga una prima y el dinero recolectado permite cubrir la atención de quienes se enferman. De este modo se busca proteger de las pérdidas financieras, a los individuos y las empresas, normalizando el gasto para los consumidores a través de la prima y reconociendo el pago de los servicios a los proveedores. En este escenario, la provisión de los servicios se efectúa en el marco de un sistema en el cual se relacionan tres agentes: los consumidores, o pacientes, los aseguradores (*third-party payer*) y los proveedores, estableciendo una relación de contrato entre los dos primeros (la prima a cambio de una determinada cobertura de riesgos), mientras el tercer agente negocia la producción de servicios con el segundo.

La importancia adquirida por el seguro se evidencia en su inclusión reciente en la agenda de la política de salud en el mundo. En efecto, por una parte, el seguro se promociona como una estrategia para universalizar el acceso a la salud y mejorar los indicadores de equidad en cuanto a la distribución de recursos asistenciales y la utilización de servicios (Banco Mundial, 1993; OMS, 2000). Esta mirada, basada fundamentalmente en la extensión de la cobertura del seguro de salud, predomina en los países de ingreso medio y bajo, en los cuales persisten enormes desigualdades y la población más pobre y vulnerable padece barreras financieras e institucionales para acceder a los servicios (Schieber, 1997).

Por otra parte, el seguro también es considerado como un mecanismo para mejorar la eficiencia de los sistemas de salud. Como tercer pagador, el seguro sirve de intermediario entre el consumidor y el prestador para equilibrar la asimetría de información que afecta al primero y puede provocar el consumo innecesario de servicios. Sin embargo, sus aportes a la contención del gasto en salud y los costos de los servicios dependen de la manera como se financie el seguro y se organice su oferta. Es así como la evidencia internacional (Musgrove, 1996) enseña que el gasto en salud tiene un menor peso relativo en los países en donde predomina el financiamiento público (vía impuestos y contribuciones) que en aquellos en los cuales son mayores los aportes privados (la prima del seguro); de igual modo, la existencia de un monopolio estatal en el aseguramiento ofrece ventajas teóricas importantes sobre un esquema de competencia, aunque se viene promoviendo este último con la idea de que a través de la libre elección practicada por los consumi-

2 Además de la incertidumbre, los mercados de salud adolecen de otros problemas que implican distorsiones sobre los supuestos de la microeconomía convencional, como asimetría de información, bienes públicos, bienes con externalidades y bienes con rendimientos crecientes en su producción (Stiglitz, 1997; Barr, 1993; Culyer, 1991).

dores se alcanzan mejores niveles de eficiencia y calidad³ que no ofrecen las entidades del sector público, precisamente por no estar sometidas a la competencia y desarrollar unos modelos de organización y gestión rígidos y costosos.

A pesar de ofrecer las ventajas enunciadas, el seguro de salud también enfrenta varios problemas atribuidos a la reacción adoptada por los agentes que participan en su conformación.⁴ Además, existe un conjunto de situaciones asociadas a la organización industrial del seguro, con necesidades importantes en materia de regulación. En especial, el número y el tamaño de las compañías de seguros determinan la estructura del mercado, notándose en el mundo una tendencia al oligopolio o la concentración en pocas firmas. Por su parte, la conducta que éstas adoptan puede establecer ciertas limitaciones a la competencia y afectar el bienestar de los consumidores: Donaldson y Gerard (1992) muestran cómo el precio de los seguros puede resultar inflado debido a los costos de la competencia (*diseconomies of small scale*), ya que cada compañía buscará atraer al mayor número de afiliados mediante campañas publicitarias y algunos atractivos sobre los servicios que ofrece.

La evolución del seguro de salud enseña otros comportamientos estratégicos, explicados por su integración vertical incompleta: el seguro puede verse, en parte, como una extensión de la oferta de los proveedores que desean regular tarifas y garantizar la recuperación de sus costos, de manera que se integran hacia delante mediante la participación en las compañías de seguros, como ha sido característico de las empresas de seguros norteamericanas y, en general, de las compañías de medicina prepagada; además, para controlar los costos, las compañías aseguradoras también buscan una integración, en este caso hacia atrás, diseñando varios mecanismos de compra y participación en el mercado de los insumos que requieren

3 Aunque, en teoría, el monopolio produce pérdidas de eficiencia y bienestar para los consumidores, en especial al obtener un nivel de consumo inferior y unos precios más altos, en comparación con los resultados que se tendrían en un mercado de competencia, en el caso del seguro de salud el monopolio evita los problemas de selección adversa y selección de riesgos, ya que el *pool* es uno solo y considerablemente grande, y, además, ofrece unos costos más bajos en publicidad y otras prácticas de la competencia; en cuanto a su carácter estatal, su ventaja deriva de la fuente de financiamiento y de ciertas fallas que presenta la oferta privada, como los mercados incompletos y la exclusión de grupos vulnerables.

4 Se trata, en primer lugar, del riesgo moral, fenómeno que implica una pérdida de eficiencia al producirse una mayor demanda por no cobrar al usuario del seguro al momento de la atención médica y, en general, desaparecer el precio como mecanismo de control entre oferta y demanda (Stiglitz, 1988; Cutler y Zeckhauser, 1999). Por otra parte, se tienen la selección adversa y la selección de riesgos que resultan de los problemas de información y la distribución de los riesgos en el mercado, además de las exclusiones de grupos vulnerables (Folland, Goodman y Stano, 1997).

para la producción de los bienes y servicios asociados al seguro, como medicamentos y servicios de salud en ciertos niveles o especialidades (Evans, 1991).

B. El seguro de salud en Colombia: del monopolio público a la competencia regulada

Colombia adoptó el seguro de salud con una connotación en el contexto internacional: desde un punto de vista macro, hizo explícito el propósito de universalizar el seguro, en un caso extendiendo la cobertura a la familia de los cotizantes mediante el régimen contributivo, y, en otro caso, afiliando gratuitamente a las personas sin capacidad de pago a través del régimen subsidiado. Para lograr esta ampliación de cobertura, se dispuso un aumento en la contribución sobre la nómina así como en la destinación de recursos fiscales para cubrir los subsidios, en particular mediante las transferencias de inversión social recibidas por los municipios.

En términos micro, la reforma colombiana dio lugar a una nueva organización sectorial basada en los principios de la competencia. En el sistema anterior existía el monopolio estatal en la provisión del seguro y en la prestación de servicios, para lo cual se contaba con el Instituto de Seguros Social –ISS– que agrupaba a los trabajadores del sector privado, además de un gran número de fondos y cajas de previsión adscritas a entidades oficiales que brindaban protección a los funcionarios del sector público. Adicional a este segmento, el cual cubría a un 20% de la población del país, también se contaba con el sistema de asistencia pública que era conformado por los hospitales públicos y algunos privados que recibían financiamiento del Estado para atender especialmente a los pobres, y los servicios privados y de medicina prepagada, basados en la negociación entre proveedor y usuario y, por lo tanto, desarrollados en un ambiente de competencia.

La reforma de 1993 buscaba integrar estos segmentos en el sistema general de seguridad social en salud, estructurado sobre la base de cuatro funciones claves: la regulación, en cabeza del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, organismo encargado de dictar las reglas para la operación del sistema; el financiamiento, mediante el Fondo de Solidaridad y Garantía –Fosyga– que reúne los recursos provenientes de las contribuciones y algunos recursos fiscales destinados al régimen subsidiado; la administración del seguro, para lo cual se impulsa un mercado regulado a partir de la desintegración vertical del ISS; la prestación de servicios, en cuyo mercado se produjeron transformaciones importantes, impulsadas por los requerimientos de la nueva administración, que llevaron a una ampliación de la oferta privada y a un reacomodo de la oferta pública.

Para el desarrollo de estas funciones, la reforma implicó transformaciones institucionales importantes, basadas en la tendencia mundial de una desintegración vertical que profundice la especialización, permita la competencia y propicie una mayor eficiencia. En primer lugar, se mantuvo el monopolio público en el financiamiento, trasladando esta función del ISS al Fosyga, obligando a las entidades del sector público a cotizar en las mismas condiciones que las empresas particulares y concentrando otros recursos públicos para la afiliación en el régimen subsidiado; en segundo lugar, de este monopolio se desprendió un nuevo mercado que habría de servir la administración del seguro, en cabeza de las entidades denominadas empresas promotoras de salud –EPS–, en el caso del régimen contributivo, y las administradoras del régimen subsidiado –ARS–; en tercer lugar, se dispuso la separación del negocio de aseguramiento del correspondiente a la prestación de servicios, este último a cargo de las instituciones prestadoras de salud –IPS–, de modo que entre aquellas y éstas se desarrollarían mecanismos de contratación para atender a la población cubierta por el seguro en los dos regímenes.

a. Marco regulatorio

Los agentes creados para administrar el seguro constituyen una novedad de la reforma colombiana (véase Anexo 1), siendo el centro financiero del sistema de seguridad social en salud y mecanismo de articulación entre el Fosyga y los prestadores de servicios. Se trata de empresas de servicios, las cuales pueden ser públicas, privadas o mixtas, que tienen como función básica la de “organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del plan obligatorio de salud a los afiliados” (Ley 100, art. 177). El marco general sobre el cual ellas actúan está determinado por dos variables fundamentales reguladas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud –Cnsss–:⁵ el plan obligatorio de salud –POS–, referido al producto homogéneo o plan único de salud que deben ofrecer EPS y ARS a sus afiliados, expresado en un listado de servicios, medicamentos y procedimientos; y la unidad de pago per cápita –UPC– que consiste en el precio, o prima, que se reconoce a estas entidades para cubrir el valor del POS, incluyendo los gastos de administración del mismo.

A partir de este marco general, el Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud son los organismos encargados de dictar y vigilar las normas

5 Además de estas dos variables, existen otras determinaciones que afectan el funcionamiento de las administradoras y sus incentivos para participar en el mercado, como el mecanismo de pagos compartidos y cuotas moderadoras, referido a los montos autorizados para cobrar a los beneficiarios del seguro cuando reciben servicios de salud; de igual manera, el Consejo establece criterios generales para seleccionar los beneficiarios del régimen subsidiado.

sobre la entrada y operación de las entidades administradoras, destacándose algunas diferencias entre EPS y ARS que permiten afirmar la existencia de dos mercados prácticamente separados, así en la práctica algunas de estas empresas hayan desarrollado, o deseen hacerlo, los dos tipos de negocio; de todos modos, deben mantener un manejo financiero separado. Como diferencia fundamental se tiene que la demanda por la cobertura que ofrece el régimen contributivo a través de las EPS, aunque es obligatoria, se materializa en un hecho individual: cada persona con capacidad de cotizar elige libremente la EPS a la cual desea afiliarse y suscribe con ella un contrato implícito que recoge toda la regulación existente sobre el tema de la afiliación; en cambio, en el caso del régimen subsidiado, la demanda dirigida hacia las ARS se encuentra mediada por un agente estatal (el municipio) que suscribe un contrato explícito para la afiliación de su población pobre con una o varias entidades.

Las normas que regulan la entrada y operación de la oferta pueden discriminarse, según su contenido y propósito, en normas técnicas, financieras y sobre la relación con los usuarios. En cuanto a las primeras, se destacan barreras sobre el tamaño de la población asegurada y su composición: para el caso de las EPS, desde un comienzo se estableció un mínimo de 20.000 afiliados en el primer año de operaciones y de 50.000 en el segundo año, con una participación porcentual mínima de grupos de población vulnerables, como las personas mayores de 60 años (5%) y las mujeres entre 15 y 44 años (20%); por su parte, las ARS no tienen limitaciones sobre la composición de su población por grupos de edad o género, deben contratar al menos el 40% de sus recursos con la red pública de hospitales y, si bien en un comienzo estuvieron autorizadas para operar con 5.000 afiliados y 50.000 a partir del tercer año, a partir de 2001 deben certificar 200.000 personas o, con algunas limitaciones sobre sus gastos de administración, 50.000.

Para garantizar la estabilidad financiera y la prestación de servicios, se cuenta con algunas normas sobre capital, margen de solvencia y una reserva legal que deben constituir las entidades conformadas como sociedades comerciales. El capital requerido asciende a 10.000 salarios mínimos mensuales para todas las empresas, que aunque ha sido constante en el caso de las EPS ha variado significativamente para las ARS, habiendo sido en un comienzo de 100 salarios mínimos por cada 5.000 afiliados. Con el margen de solvencia se busca que estas entidades aseguren una liquidez para atender sus obligaciones y no poner en riesgo la prestación de servicios a sus afiliados. Además de estas cuestiones, si las EPS o las ARS poseen una red de servicios propia, se obliga a mantener una separación de cuentas entre el negocio propio del aseguramiento y el correspondiente a la prestación de servicios.

En lo que se refiere a los usuarios, aunque en ambos regímenes se prohíbe la aplicación de preexistencias y exclusiones, en el caso del régimen contributivo se definen unos períodos mínimos de cotización (hasta 18 meses) para recibir ciertas atenciones costosas; en cambio, en el subsidiado no se contempla esta medida y el beneficiario goza de todas las prestaciones establecidas en el POS desde el momento de su afiliación. Otro asunto importante tiene que ver con el pago de cuotas moderadoras al momento de recibir atenciones ambulatorias, por parte de los afiliados al régimen contributivo; como en el caso anterior, estas cuotas no se aplican en el régimen subsidiado.⁶

Por último, la revisión efectuada sobre este marco regulatorio permite señalar algunos inconvenientes o vacíos que hacia el futuro podrían traer dificultades en la operación del mercado, afectando los intereses de los consumidores e incluso la sostenibilidad financiera del sistema en su conjunto. Por un lado, se destaca el hecho de que los límites establecidos sobre los aspectos técnicos y financieros se encuentran constantes y no se define alguna variación que sea armónica con la dinámica seguida por las empresas en cuanto al número de afiliados; concretamente, algunas empresas han crecido bastante y, sin embargo, no se define que se corrobore lo que sucede con su estructura técnica y financiera. Por otro lado, la evolución en las formas de contratación y la prestación de servicios por parte de las redes en las cuales las EPS y ARS tienen participación o son propietarias, puede generar barreras a otros competidores para participar en el mercado; asimismo, no parecen claros los mecanismos para evaluar la suficiencia de estas redes. Finalmente, no existe una norma que regule la salida del mercado de EPS y ARS, de manera que al manejar recursos públicos por delegación del Fosyga, los cuales corresponden a la seguridad social, estas empresas podrían retirarse sin que se les exijan cuentas sobre las reservas establecidas para atender necesidades futuras y obligaciones a favor de los proveedores.

6 El caso colombiano ofrece elementos interesantes para evaluar el tema de la selección de riesgos que caracteriza los mercados de salud: en el régimen contributivo, al establecer una UPC diferenciada por edad, género y región, así como disponer el pago de las licencias de maternidad por fuera de la UPC, definir normas sobre el reaseguro y conservar la antigüedad de las personas independientemente de la entidad a la que coticen, entre otras medidas, constituyen avances muy importantes que en teoría estarían controlando la selección adversa y también la selección de riesgos; por su parte, en el régimen subsidiado se advierte la ocurrencia de selección adversa, prácticamente por definición, al establecer que sus afiliados serán las personas más pobres y vulnerables.

b. Estrategias para la competencia

El marco regulatorio que caracteriza el mercado de EPS y ARS enseña fuertes restricciones para practicar la competencia entre estos agentes en los términos en que opera en un mercado normal. En especial, la definición oficial del producto y el precio implica que las estrategias para ingresar al mercado y consolidar su participación en él estarán determinadas por varios comportamientos que buscan, por una parte, contar con el volumen de ingresos deseado a través de unas metas y estrategias sobre la captura de afiliados, tanto en términos de su número como su composición y localización, entre otros criterios; y, por otra parte, contener y reducir los gastos mediante varias prácticas sobre manejo del riesgo, participación en el negocio de prestación de servicios y diseño de modalidades de contratación orientadas a compartir el riesgo con los prestadores.

En cuanto al lado de los ingresos, en este tipo de mercado se espera que las EPS y las ARS busquen la captura de afiliados mediante una diferenciación de su producto que permita configurar un mercado de competencia monopolística.⁷ El producto puede diferenciarse a través de la plaza que escoge cada agente para buscar en ella el predominio de mercado por razones de espacio o de nichos conformados por industrias o conglomerados de personas concentrados en zonas urbanas o dispersos en las mismas pero con características socioeconómicas similares; además, la calidad es un elemento fundamental para atraer a los afiliados, la cual puede lograrse mediante una oferta de prestadores reconocidos por el público, la oportunidad en la atención y los trámites que deben realizarse para mantener un acceso integral; de igual modo, la imagen que gane la EPS o ARS resulta muy importante para mantener a sus afiliados y atraer un mayor número de ellos; por último, la oferta de planes complementarios es un margen para la competencia, de modo que las EPS ofrecen a sus afiliados servicios adicionales a los del POS (como un acceso más directo a especialistas, hotelería más cómoda o medicamentos por fuera del plan) a cambio de una prima extra a la contribución obligatoria.

En cuanto a la diferenciación de precios, las EPS tienen la posibilidad de establecer cuotas moderadoras inferiores a las permitidas legalmente y esto constituye un factor de competencia importante. En efecto, si bien la regulación

7 Dentro del conjunto de incentivos que caracterizan el comportamiento de las EPS, en el régimen contributivo, se encuentra el hecho de que al estar desconectados el monto de la cotización y el valor de la prima (UPC), estas empresas pueden lograr la captura de un mayor número de cotizantes mediante la negociación con los afiliados de una cotización inferior a la exigida, básicamente declarando un ingreso base de cotización inferior al ingreso real.

sobre el tema establece unos techos para el cobro de estas cuotas según el niveles de ingresos de sus afiliados, las EPS pueden fijar una cuotas menores a las de la competencia para atraer a ciertos nichos de mercado para los cuales los cobros pueden representar una carga importante.

Por el lado de los egresos, las EPS y ARS pueden desarrollar estrategias de integración horizontal, buscando por ejemplo alianzas entre varias entidades del mismo tipo para compartir labores administrativas, comprar insumos o distribuir productos y servicios entre sus afiliados. Asimismo, pueden adelantar integraciones verticales mediante la apropiación total o parcial de la provisión de insumos, en especial la prestación de los servicios de salud. Por último, el manejo del riesgo es clave para contener el gasto y ello puede hacerse mediante la realización de programas de promoción y prevención, la adopción de la atención administrada o estrategias de gestión clínica, así como la negociación con los prestadores con mecanismos de pago orientados a compartir el riesgo y a generar competencia entre los prestadores para manipular el precio.

II. Metodología

La investigación adelantada es de tipo exploratorio y descriptivo, con una aproximación general sobre la manera cómo está estructurada la oferta de EPS y ARS y su conducta en el mercado. Con estas empresas como unidades de análisis, se mantuvo su separación según el régimen al que pertenecen y se agruparon a nivel nacional y municipal según su propiedad o razón social (pública, semipública, solidaria o privada). Para determinar la estructura se utilizaron bases de datos de la Superintendencia Nacional de Salud y del Ministerio de Salud, sobre el número de afiliados de cada EPS y ARS por municipio, con datos del régimen contributivo para 1999, sin incluir el ISS, y de 2000 para el régimen subsidiado.

Por su parte, para hacer una aproximación a la conducta se aplicó una encuesta que indagó sobre pautas seguidas por las empresas en cinco temas generales: consideraciones para participar en el mercado, modalidades de prestación de servicios, manejo del riesgo, evaluación y perspectivas respecto del mercado y evaluación de las normas y controles (ver Anexo 2). Para su aplicación, se adelantó inicialmente una prueba piloto en tres empresas, a fin de identificar problemas en el diseño del formato. Se realizaron ajustes y se envió la encuesta a 56 empresas del país, con 25 respuestas: 12 del régimen contributivo, que representan el 44% de las EPS y reúnen al 53% de los afiliados; y 13 del régimen subsidiado, equivalentes al 25% de las ARS y el 25% de afiliados (ver Cuadro 1).

Cuadro 1. Muestra de EPS y ARS (encuesta de octubre de 2001)

Tipo de entidad	Empresa	Total de afiliados*	Número de municipios**	Porcentaje de participación (relativa)	Porcentaje de participación (acumulada)	
A. Régimen contributivo						
EPS privadas	SaludCoop	2.493.221	787	19,97	19,97	
	Cooimeva	1.073.433	219	8,60	28,57	
	Susalud	727.352	15	5,83	34,40	
	Salud Total	702.291	274	5,63	40,03	
	Famisanar	645.201	337	5,17	45,19	
	Colmena	257.751	202	2,06	47,26	
	Humana Vivir	242.505	683	1,94	49,20	
	Sanitas	206.737	23	1,66	50,86	
	Confenalco					
	Antioquia	165.044	117	1,32	52,18	
	Caprecom	121.536	782	0,97	53,15	
	EPS públicas	Capresoca	3.973	19	0,03	53,19
Calisalud		3.485	1	0,03	53,21	
Total encuestadas (44%)		EPS: 12	6.642.529			
Total Colombia		EPS: 27	12.482.744	1.086		
B. Régimen subsidiado						
EPS privada	Cooimeva	213.606	64	2,25	2,25	
EPS pública	Caprecom	753.997	394	7,93	10,17	
	Calisalud EPS	78.630	5	0,83	11,00	
CCF	Capresoca EPS	24.935	14	0,26	11,26	
	Confenalco					
	Cundinamarca	150.000	10	1,58	12,84	
	Comfenalco					
	Antioquia	95.290	26	1,00	13,84	
	Comfama	65.252	13	0,69	14,53	
	Comfenalco					
	Tolima	31.012	22	0,33	14,85	
	ESS***	Mutual	321.621	66	3,38	18,24
		Ser ESS (a)				
Asmet		225.895	56	2,38	20,61	
Salud ESS (b)						
E.S.S.		210.770	29	2,22	22,83	
Emdis (c)						
Ecoopsos						
ARS (d)		183.368	48	1,93	24,76	
EPS Mallamas	60.092	18	0,63	25,39		
Total encuestadas (24,5%)	ARS :13	2.414.468				
Total Colombia	ARS: 53****	9.510.566	1.086			

* Afiliados a diciembre de 2000; ** A. Régimen contributivo: total de municipios a diciembre de 1999. B. Régimen subsidiado: total de municipios a diciembre de 2000; *** Se realizó un cálculo aproximado del total de afiliados y el total de municipios, teniendo en cuenta los cambios en las ESS a raíz de la implementación del Decreto 1804 de 1999: a) Se crea a partir de la fusión de dos ESS y se le ceden los afiliados de las cuatro ESS; b) A esta empresa se incorporan doce ESS; c) A esta empresa se incorporan siete ESS y recibe en cesión los afiliados de la ESS 004; d) A esta empresa se incorporan once ESS y recibe en cesión los afiliados de la ESS 085; **** Total de ARS autorizadas a raíz del Decreto 1804 de 1999

Fuente: A. Régimen contributivo: Superintendencia Nacional de Salud, base de datos de afiliados a EPS por municipio; B. Régimen subsidiado: Superintendencia Nacional de Salud: base de datos de afiliados a ARS por municipio; www.supersalud.gov.co, con acceso el 20 de enero de 2002. Cálculos de los autores.

Para el análisis de la concentración local y la ubicación de plazas por parte de EPS y ARS, se adoptó el índice de tamaño funcional –ITF–, clasificación del Ministerio de Desarrollo Económico y Social que hace referencia al conjunto de fenómenos asociados al tamaño y las funciones que atañe a los municipios según la hipótesis de los lugares centrales, con un tratamiento jerárquico y funcional de las ciudades: centro metropolitano nacional (1: Bogotá D.C.); centros metropolitanos regionales (2: Medellín, Cali y Barranquilla), centros regionales mayores (3), centros regionales intermedios (4), centros subregionales mayores (5), centros subregionales intermedios (6) y centros locales (7).

Los índices considerados para analizar la concentración corresponden, en primer lugar, al índice de cuota de mercado –IC–, el cual resulta de dividir la población afiliada a una empresa en particular entre el total nacional o municipal, y enseña la participación que se tiene en la oferta del régimen que se considere; si este índice, para una sola empresa o para la suma de cuatro de ellas, es superior al 75% indica que el mercado es altamente concentrado, entre 50% y 75% es moderadamente concentrado y entre 30% y 50% levemente concentrado:

$$IC = \left[\frac{\text{total de afiliados empresa}_i}{\text{total de afiliados municipio}_j} \right] \times 100$$

donde i es la aseguradora y j es el municipio.

En segundo lugar, se empleó el índice Hirshmann-Herfindahl –IHH– (Ashton y Press, 1997), el cual corresponde a la sumatoria de las cuotas del mercado de todas las empresas (esta cuota al cuadrado), multiplicada por 10.000 para ponderar la tendencia del mercado. Si este índice resulta inferior a 1.800 significa que hay competencia, si se ubica entre 1.800 y 4.000 da cuenta de un oligopolio y si es superior a 4.000 se refiere a monopolio.

$$IHH = (\sum c_i^2) \times 10000, \text{ donde } c_i \text{ es la cuota de mercado de la empresa } i.$$

En tercer lugar, la medida sumaria que pudiera utilizarse de modo extensivo para comparar las diferencias de concentración a lo largo del tiempo ha conducido a la búsqueda de una distribución de probabilidad que se acerque más a la observada. Se trata de una distribución logarítmica denominada índice de Entropía, o de Theil (He), considerado como una medida de orden-desorden dentro de un sistema y que puede utilizarse para determinar la mayor o menor equidad en el reparto de una magnitud económica. La entropía se determina como la sumatoria de las cuotas de mercado multiplicadas por el logaritmo natural de la inversa de la cuota de mercado (Pliego, 1995:185-188):

$$He = -\sum [C_i \times \ln(C_i)] = \sum [C_i \times \ln(1/C_i)],$$

donde C_i es la cuota de mercado de la empresa i .

III. Resultados

A. Estructura y evolución del mercado

La extensión del seguro de salud a toda la población en el año 2000 era la meta de la Ley 100 de 1993. Si bien esto no se logró, el número de afiliados aumentó de 7,5 millones de personas en 1994 a 22 millones en 2000 (CIE-GES, 2001), lo cual estuvo soportado en una ampliación y liberalización de la oferta del seguro, de manera que, por una parte, en el régimen contributivo ingresaron las EPS como rivales del ISS y de las demás entidades públicas que brindaban protección a sus empleados; y, por otra parte, en el régimen subsidiado se crearon las ARS como oferentes del seguro de salud para los pobres.

a. Evolución de la oferta

La oferta pública en el régimen contributivo representaba en 1994 el 100% de la oferta del seguro obligatorio de salud y quedó reducida a ocho EPS públicas en 2000, con una participación del 36% en el total de afiliados, entre las cuales solamente tres poseen un número importante de afiliados: el ISS, la Caja Nacional de Previsión Social –Cajanal– y la Caja de Previsión de Social de Comunicaciones –Caprecom–.⁸ Al tiempo que la oferta pública perdía participación, las EPS privadas que iniciaron operaciones en enero de 1995 comenzaron a absorber buena parte de la demanda proveniente de los empleados públicos y las personas que ingresaban al mercado de trabajo en calidad de ocupados, así como los afiliados al ISS que buscaron su traslado a una de las nuevas entidades, haciendo uso de la libre elección consagrada en la Ley 100. Dentro de las EPS privadas, en su mayoría poseían experiencia en la prestación de servicios de salud, el manejo de planes y de seguros, destacándose en especial las que se originaron a partir de la experiencia de la medicina prepagada, así como el interés del sector solidario por participar en el nuevo mercado.

En esta recomposición del mercado, acompañada de un estancamiento en la cobertura, se destaca la fuerte caída del ISS, que estuvo afectado por la prohibición

8 Además de las EPS públicas, existen 15 entidades adaptadas de salud provenientes de las cajas de previsión que no se transformaron en EPS y están autorizadas para seguir atendiendo a los trabajadores vinculados cuando se expidió la Ley 100. Por otra parte, las fuerzas militares, los maestros, los congresistas y empleados de la Empresa Colombiana de Petróleos –Ecopetrol– son cubiertos bajo unos regímenes especiales autorizados por la Ley 100. Finalmente, las universidades estatales fueron autorizadas para tener su propio sistema de seguridad social en salud (Ley 647 de 2000).

para ingresar nuevos afiliados durante tres años (1998-2001).⁹ Además, se dio el ingreso rápido y estable de un número importante de entidades, de modo que en el primer año del régimen (1995) fueron autorizadas 25 EPS, en 1996 este número subió a 30 y se ha mantenido con una leve tendencia a su reducción debido a la liquidación de varias EPS que han abandonado el mercado por dificultades financieras o por el bajo número de afiliados que alcanzaron en estos años (ver cuadro 2).

Cuadro 2. Colombia: oferta de EPS y ARS, 1996- 2000

		1996	1998	2000
<i>Régimen contributivo</i>				
EPS privadas	Número	19	17	18
	Promedio de afiliados	193.401	286.664	496.555
	Máximo	641.801	1.012.238	2.493.221
	Mínimo de afiliados	5.401	44.065	70.424
EPS públicas diferentes al ISS	Número	6	10	8
	Promedio de afiliados	113.082	97.730	114.309
	Máximo	448.397	662.939	689.505
ISS	Mínimo de afiliados	2.472	156	3.294
	Afiliados*	10.265.621	7.848.874	4.199.342
<i>Régimen subsidiado</i>				
EPS	Número	18	19	16
	Promedio de afiliados	165.163	189.540	221.917
	Máximo	n.d.	1.096.162	1.042.885
	Mínimo	n.d.	4.601	24.935
CCF	Número	27	42	46
	Promedio de afiliados	42.980	36.739	45.517
	Máximo	n.d.	490.986	524.145
	Mínimo	n.d.	389	983
ESS	Número	144	176	177
	Promedio de afiliados	12.836	18.358	21.842
	Máximo	n.d.	168.682	204.248
	Mínimo	n.d.	25	4.555

* La información del ISS para 1996 corresponde a 1995; para, 1998 a 1997. n.d.: Información no disponible.

Fuente. Colombia, Superintendencia Nacional de Salud. Cálculos de los autores.

9 Además de este cierre, motivado por la Superintendencia Nacional de Salud en las dificultades financieras del ISS, las demás EPS públicas operan como entidades cerradas, al dirigirse especialmente hacia los empleados de ciertas entidades públicas. Esta modalidad de empresas cerradas se encuentra en el caso chileno, en donde unas Isapres reciben a cualquier persona y otras sólo admiten empleados de ciertas empresas (Miranda y Paredes, 1997).

En cuanto al régimen subsidiado, se tienen unas características diferentes acerca de la conformación y evolución de la oferta de ARS. Por una parte, en este caso se dieron demoras para el inicio de operaciones, por falta de claridad en la regulación y poco interés por participar en el mercado. Además, el gobierno estaba impulsando las empresas solidarias de salud¹⁰ para administrar el seguro, principalmente en las áreas rurales. Por otra parte, luego de su inicio tardío, prácticamente hacia finales de 1996, la oferta de entidades resultó muy numerosa, se dio un crecimiento notorio en los dos primeros años y el promedio de afiliados por entidad se ubicó en un nivel bastante bajo en comparación con el régimen contributivo.

Dentro de las pocas entidades que mostraron una capacidad de afiliación alta, con al menos 500.000 afiliados en 1998, se destacan EPS que también operan como ARS, tanto de origen público (Caprecom) como privado (Unimec y Saludcoop), las cuales poseen cerca del 25% de participación y el mayor promedio de afiliados en el régimen; también ingresaron al mercado las cajas de compensación familiar,¹¹ con la menor participación aunque ésta tiende al aumento; por último, las empresas solidarias de salud representan el mayor número de entidades, con una participación en la afiliación similar a las EPS y el promedio más bajo de afiliados (22.000 –ver cuadro 2–).

Finalmente, luego de haber alcanzado un gran número de entidades y en medio de un estancamiento de la cobertura y de una notoria pérdida de rentabilidad que dio lugar al retiro de varias EPS privadas, el gobierno propició una mayor concentración de la oferta al modificar las exigencias sobre tamaño y condiciones financieras de las ARS (Decreto 1804 de 1999), de manera que en 2001 el número de entidades se redujo a 53 y, como era previsible, los principales ajustes se dieron en las empresas solidarias y las cajas de compensación familiar.

10 Entidades de economía solidaria, formalizadas desde 1993, como estrategia para vincular a las comunidades en la administración y prestación de servicios de salud. Además de la tensión entre este propósito y la pretensión de crear las nuevas ARS, un hecho notorio asociado al retraso y las complejidades técnicas y políticas para la operación del régimen subsidiado consistió en la autorización concedida a las direcciones territoriales de salud (gobernaciones) para funcionar como EPS transitorias (Decreto 2491 de 1994) y administrar el régimen hasta mediados de 1996.

11 Entidades de derecho privado que administran los recursos parafiscales provenientes de un impuesto del 4% sobre la nómina, los cuales están destinados a brindar servicios de educación, recreación y vivienda, entre otros, especialmente a las familias de trabajadores de menores ingresos.

b. Concentración en el mercado nacional

El índice de cuota de mercado enseña, para el régimen contributivo, una concentración moderada en el mercado, con cuatro EPS que alcanzan el 65% de la población afiliada en el país. Por su parte, en el régimen subsidiado se tiene un mercado no concentrado, o competitivo, ya que la ARS con el mayor poder de mercado tiene un índice de 11% y las cuatro más grandes reúnen una cuota inferior al 30% (ver Cuadro 3). Consistente con estos resultados, el índice Hirshmann-Herfindahl da cuenta de una tendencia de oligopolio en el régimen contributivo, alcanzando el valor de 2.169; en cambio, en el régimen subsidiado se ratifica una tendencia competitiva, con un índice de 292.

c. Localización y composición de la oferta

En el régimen contributivo se presenta una relación directa entre las categorías de municipios y la distribución de los afiliados a las EPS privadas, pues éstas

Cuadro 3. Concentración del mercado de EPS y ARS, 2000

Empresa	Total afiliados	Porcentaje de participación	Promedio acumulado	IHH
<i>Régimen contributivo</i>				
I.S.S	4.199.342	0,34	0,34	1.132
SaludCoop	2.493.221	0,20	0,54	399
Cooimeva	1.073.433	0,09	0,62	74
Cajanal	689.505	0,06	0,68	31
Susalud	727.352	0,06	0,74	34
Salud Total	702.291	0,06	0,79	32
Total resto (21)	2.597.600	0,21	1,00	441
Total EPS:27	12.482.744	1,00	1,00	2.142
<i>Régimen subsidiado</i>				
Unimec	1.042.885	0,11	0,11	121
Caprecom	753.997	0,08	0,19	63
CCF Campesina	524.145	0,06	0,24	31
Saludcoop	359.224	0,04	0,28	14
Cafesalud	342.185	0,04	0,32	13
Total resto (234)	6.464.005	0,68	1,00	51
Total ARS: 239	9.486.441	1,00	1,00	293

Fuente: Colombia, Superintendencia Nacional de Salud, *Boletín Estadístico* N° 3, año 2000. Cálculos de los autores.

tienden a concentrarse en las regiones de mayor desarrollo económico, con un 50% de su población afiliada concentrada en las metrópolis nacional y regionales; por el contrario, solo poseen el 8% en municipios de menor categoría, pertenecientes a los centros subregionales intermedios y los centros locales, mientras el 40% restante se encuentra en centros regionales y centros subregionales mayores. A manera de contraste, considerando estas tres agrupaciones, las EPS públicas poseen el 30% de su población en los municipios de mayor desarrollo, el 19% en los de menor y el 50% en los intermedios (ver Cuadro 4).

Cuadro 4. Colombia: afiliados a EPS y ARS por tipo de municipio (porcentaje de la población)

Tipo de municipio	Régimen contributivo*		Régimen subsidiado**			
	EPS privada	EPS públicas***	EPS privadas	EPS públicas	CCF	ESS
Cento metropolitano nacional	32	20	16	3	19	7
Centros metropolitanos regionales	18	10	6	8	10	5
Centros regionales mayores	9	15	5	3	6	4
Centros regionales intermedios	14	19	10	9	15	10
Centros subregionales mayores	17	16	12	11	14	13
Centros subregionales intermedios	5	9	15	16	14	17
Centros locales	3	10	35	49	22	42
Sin clasificación	1	0	1	1	0	2

* Estadísticas diciembre de 1999; ** Estadísticas diciembre de 2000; *** Sin ISS.

Fuente: Colombia, Superintendencia Nacional de Salud, "Bases de datos de población afiliada por municipio y por empresa" (medio magnético). Cálculo de los autores.

Otra manera de ver esta localización de la oferta consiste en establecer la participación de las EPS en el conjunto de municipios del país, observando hechos destacados como los siguientes: las dos EPS públicas principales, ISS y Cajanal, prestan servicios en el 77% y 74% de los municipios del país, respectivamente. Por su parte, las EPS privadas se caracterizan en su mayoría por seleccionar un nicho de mercado determinado, ofreciendo una cobertura inferior a las entidades públicas. De manera similar, las EPS de las cajas de compensación familiar, denominadas EPS semipúblicas, no se han dispersado geográficamente y han fortalecido su posición en donde ya tenían presencia, básicamente las zonas metropolitanas y urbanas cercanas a las capitales de departamento.

De igual forma, en el régimen subsidiado se observan diferencias en cuanto a la distribución de los afiliados según el tipo de entidad: las EPS privadas y las CCF poseen un volumen considerable de afiliados –16% y 19%, respectivamente– en el “centro metropolitano nacional” (Bogotá) en comparación con las EPS públicas y las ESS, las cuales poseen 3% y 7%, respectivamente. Estas dos últimas, por su parte, capturan un mayor porcentaje del mercado a medida que se desciende dentro de la gradación funcional de los municipios, especialmente en los clasificados como “centros locales”, donde concentran el 49% y el 42% de sus afiliados, respectivamente. Cabe anotar que en estos centros los cuatro tipos de ARS poseen un porcentaje significativo de afiliados, situación razonable no solo porque la mayoría de los municipios del país pertenecen a este grupo (761 municipios) sino porque la cuota de mercado que poseen las empresas en este tipo de municipios es significativa –69% del mercado en promedio– y en la mayoría de los casos equivale al total del mercado.

Adicionalmente, si bien se observa un mercado con una oferta plural de EPS, se presentan diferencias en su distribución geográfica, donde se pueden dividir las entidades en tres categorías según sus preferencias en lo referente a cobertura geográfica: el 15% de las EPS posee una cobertura total, destacándose las públicas y la presencia de una EPS privada (Saludcoop); en un segundo lugar, se encuentran aquellas que prestan servicio en un rango de 30% a 60% del total de municipios, representando el 22% de las EPS, entre las cuales sobresalen Humana Vivir y Colseguros, con cobertura en el 52% y 40% del territorio nacional, respectivamente; en una tercera categoría se ubican las EPS que prestan servicios a un segmento del mercado determinado, dirigiendo su atención en menos del 30% de los municipios, destacándose Cruz Blanca, Susalud y Coomeva.

En el régimen subsidiado, las ARS que prestan una mayor cobertura geográfica en el país son las EPS autorizadas en dicho régimen y una caja de compensación familiar (Unimec, Caprecom, Cafesalud y la CCF Campesina), con presencia en el 49%, 36%, 12% y 23% de los municipios del país, respectivamente, quienes además se destacan por tener la mayor cuota de mercado.

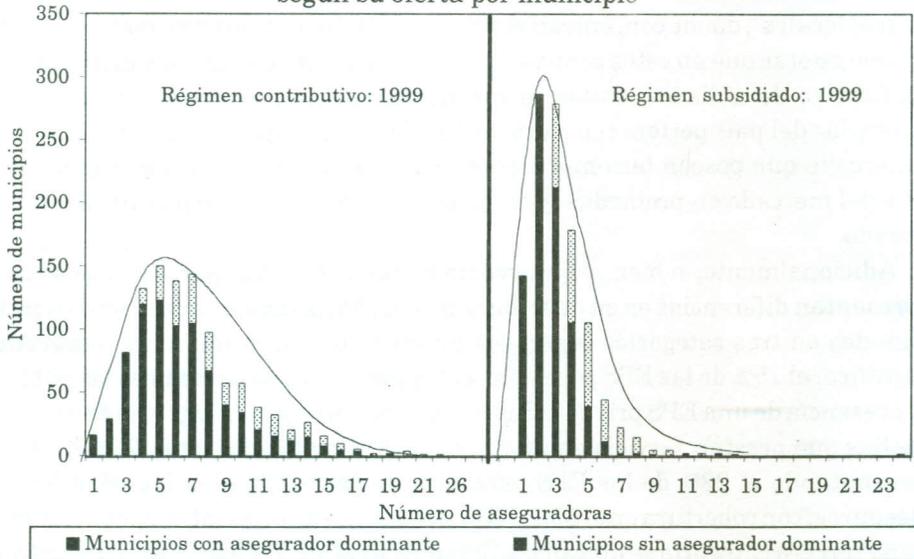
c. Concentración local

El índice de cuota de mercado enseña una concentración alta en el régimen contributivo, destacándose que en el 76% de los municipios existe una EPS dominante con un promedio del 73% de los afiliados a este régimen a nivel municipal. Esta concentración es más marcada en los mercados más pequeños, los centros locales que pertenecen a la categoría 7, y se reduce a medida que se abordan categorías superiores de municipios, con una tendencia competitiva en las cuatro



ciudades principales; además, se encuentran varios casos en los cuales si bien existen entre cuatro y siete EPS, de todos modos una sola EPS alcanza a dominar el mercado con una participación superior al 70%. En el caso del régimen subsidiado el 74% de los municipios posee una ARS dominante, cada una de las cuales tiene en promedio el 77% de los afiliados (ver Gráfico 1).

Gráfico 1. Colombia: presencia de aseguradores de salud en el mercado según su oferta por municipio

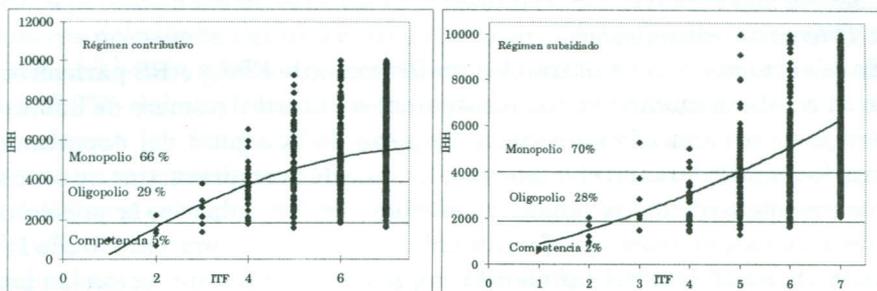


Fuente: Colombia, Superintendencia Nacional de Salud. Boletines de estadística, (medio magnético). Cálculos de los autores.

El índice Hirshmann-Herfindahl también enseña que el mercado de EPS se encuentra concentrado y tiende a caracterizarse como monopolio, con un 69% de los municipios del país que poseen un índice superior a 4.000, mientras el 29% de los municipios posee una tendencia de oligopolio y solo el 5% presenta indicios de competencia. De igual manera, en el régimen subsidiado se encuentra que el índice varía notablemente entre los diferentes tipos de municipio: el centro metropolitano nacional y los centros metropolitanos regionales poseen los índices más bajos, señalando la existencia de un mercado con tendencia competitiva; por su parte, los centros regionales mayores y los regionales intermedios poseen un índice promedio que marca una tendencia de mercado oligopólica y en las tres últimas categorías de municipios la tendencia del mercado es el monopolio (ver Gráfico 2).

Por último, el índice de Theil, o Entropía, cuyos resultados se expresan gráficamente a través de la curva de Lorenz, muestra lo siguiente: aunque hay

Gráfico 2. Colombia: Índice de tamaño funcional de los municipios e Índice de concentración del mercado de los aseguradores –ITF e IHH–

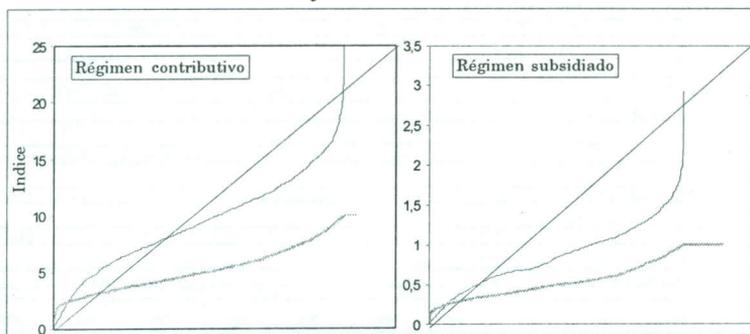


ITF: 1. Centro metropolitano nacional; 2. Centros metropolitanos regionales; 3. Centros regionales mayores; 4. Centros regionales intermedios; 5. Centros subregionales mayores; 6. Centros subregionales intermedio 7. Centros Locales

Fuente: Colombia, Superintendencia Nacional de Salud, *Boletín de Estadística*, No. 3 (dic 2000). Ministerio de Desarrollo Económico, 1998. Cálculos de los autores.

municipios con poca concentración e incluso se evidencia una estructura de mercado competitiva en el régimen contributivo, éstos se refieren a las ciudades con los mayores niveles de desarrollo, como es el caso de Bogotá y Medellín, las cuales están situadas en la curva de Lorenz por encima de la diagonal; además, existe evidencia de municipios con una oferta muy concentrada, correspondientes a las observaciones ubicadas debajo de la diagonal, en su mayoría municipios con los menores niveles de desarrollo (ver Gráfico 3). En el régimen subsidiado, por su parte, también se presenta una estructura de monopolio en la mayor parte del país; de igual manera se observa la existencia de un número reducido de ciudades en las que se desarrolla una estructura competitiva.

Gráfico 3. Colombia: Índices de concentración en el régimen contributivo y subsidiado



Fuente: Colombia, Ministerio de Salud; Régimen contributivo (1999); Régimen subsidiado (2000); (medio magnético) cálculos de los autores.

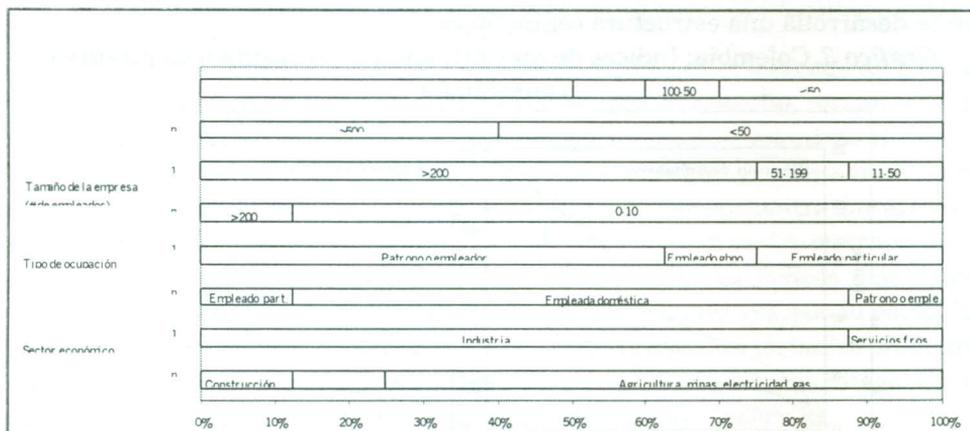
B. Conducta de las administradoras del seguro (resultados de la encuesta)

a. Diferenciación espacial

En la encuesta se consultaron las preferencias de EPS y ARS para ofrecer la afiliación en algún municipio, con los siguientes criterios: número de habitantes, porcentaje de urbanización, distancia respecto de la capital del departamento, número de competidores en el municipio, tamaño de la empresa, tipo de ocupación y sector económico donde se promueve la afiliación. En cada caso se presentó una serie de opciones, de modo que fueran ordenadas por las empresas desde la más preferida (1) hasta la menos preferida (n), las cuales fueron procesadas para el análisis teniendo en cuenta la frecuencia de respuestas para cada opción. Para simplificar el análisis y presentar los resultados gráficamente, para cada criterio se consideró la distribución de la opción más preferida y la de la menos preferida, comentando las ordenaciones más comunes y su relación con tipo de empresa.

Para el caso del régimen contributivo (ver Gráfico 4), la opción más preferida, en cuanto al tamaño del mercado deseado para promover la afiliación, corresponde a los municipios con más de 500.000 habitantes: el 50% de las EPS que respondieron la encuesta, todas de naturaleza privada, señalaron ésta como su primera opción y, además, manifestaron su deseo de que al menos el 90% de la población a la cual acuden sea urbana; en contraste, para el 30% de las EPS, de naturaleza pública o semipública, la opción más preferida es la de municipios con menos de 50.000

Gráfico 4. Régimen contributivo: criterios para la participación en el mercado



Fuente: Encuesta a EPS y ARS sobre configuración y participación en el mercado. Cálculo de los autores.

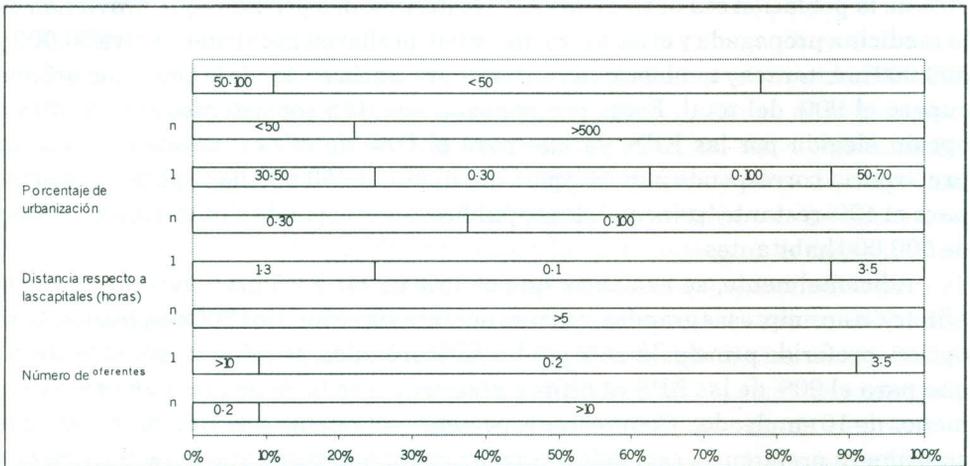
habitantes y señalaron estar dispuestas a prestar sus servicios donde al menos el 70% de la población sea urbana; las EPS restantes, dos privadas que provienen de la medicina prepagada y el sector cooperativo, prefieren municipios entre 50.000 y 500.000 habitantes y también quieren hacer presencia en donde la población urbana supere el 90% del total. Estas preferencias resultan consistentes con la última opción elegida por las EPS, ya que para el 60% de ellas (privadas) su menor preferencia corresponde a municipios con menos de 50.000 habitantes, mientras para el 40% restante (principalmente públicas) corresponde a municipios con más de 500.000 habitantes.

Adicionalmente, se evidencia que el 75% de las EPS prefieren promover la afiliación en empresas grandes, con una nómina superior a los 200 empleados. Esta opción, preferida principalmente por las EPS privadas, se refuerza por el hecho de que para el 90% de las EPS su última preferencia es la de acudir a empresas con menos de 10 empleados. Como casos especiales, solamente una EPS manifestó que su primera preferencia está determinada por las empresas que poseen entre 11 y 50 empleados, y una prefiere en primer lugar a las de 51 a 200 empleados. De manera complementaria, se observa que las EPS tienen en cuenta sectores de la economía con un alto grado de formalidad, y es así como el 87% prefiere afiliar empleados de la industria y el 13% se inclinan de manera prioritaria por el sector financiero, mientras el sector primario es el menos preferido (75%).

Por último, en cuanto al tipo de ocupación, se destaca la preferencia por afiliar a patronos o empleadores (62% de las EPS), empleados particulares (25%) y empleados del gobierno (13%). Se observa que existe una menor preferencia por la promoción de la afiliación en empleados del servicio doméstico (en el 75% de las EPS), trabajadores por cuenta propia (12%) y empleados particulares (12%), aunque cabe señalar que entre las cinco opciones que ofrecía la encuesta, para el 77% de las EPS la categoría de trabajadores por cuenta propia ocupó el penúltimo lugar en orden de preferencias.

Para el caso del régimen subsidiado (ver gráfico 5), se observa que el 67% de las ARS, EPS públicas y ESS, prefieren establecer su actividad en municipios con menos de 50.000 habitantes, mientras el 22%, una CCF y una ESS, prefieren municipios con población superior a los 500.000 habitantes, mientras el 11% restante prefiere municipios con población entre 50.000 y 100.000 habitantes. Asimismo, existen diferencias en las preferencias sobre el porcentaje de población urbana: la mayoría de ESS prefieren municipios con un porcentaje de urbanización inferior al 50%, mientras las CCF y las entidades públicas prefieren entre el 50% y el 100%.

Gráfico 5. Régimen subsidiado: criterios para la participación en el mercado



Fuente: Encuesta a EPS y ARS sobre configuración y participación en el mercado. Cálculos de los autores.

Finalmente, hay que resaltar que tanto EPS como ARS coinciden en señalar su preferencia por municipios: cercanos a las capitales de los departamentos –menos de una hora en transporte terrestre, con un porcentaje de aceptación en el 80% y el 63% de las empresas, respectivamente–, lo que permite el aprovechamiento de economías de escala y la disminución de costos de transacción; y con pocos competidores –menos de dos aseguradores en el 56% de las EPS y en el 82% de las ARS–.

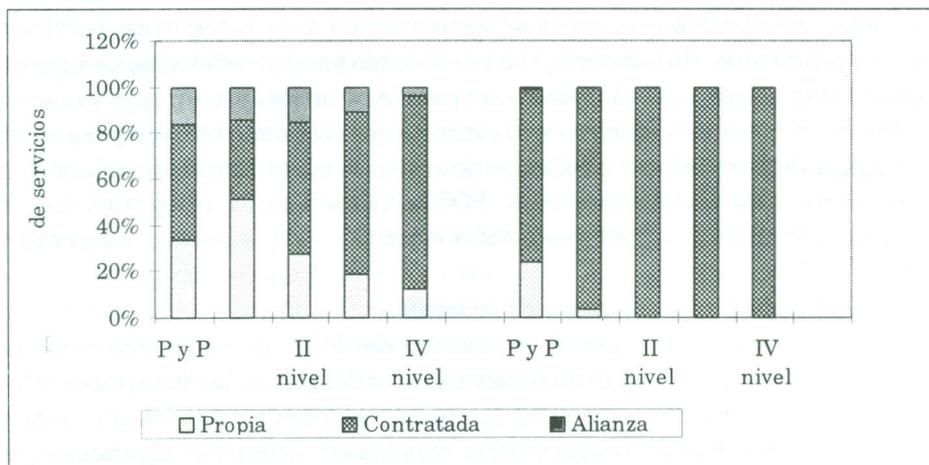
De manera complementaria a los criterios y opciones que ofrecía la encuesta, se consideran otros entre los que se destacan: la utilización de municipios como puntos clave para cubrir regiones con alta potencialidad de comercialización (estrategia que permite unos costos operativos y de comercialización menores, al aprovechar la apertura de agencias claves para promover la afiliación); el estado de la oferta de servicios de salud (en el total de EPS y ARS encuestadas), tanto en los aspectos sobre su localización y accesibilidad como en su calidad; la situación de orden público del municipio (90% de las EPS y 83% de las ARS), pues se requiere que ésta sea adecuada para asegurar los derechos de propiedad de las empresas y que no sea un obstáculo para el normal desarrollo de la actividad económica; las entidades que tienen conexiones con algún gremio, sector económico o empresa (60% de EPS y ARS), buscan municipios donde estos organismos le brinden apoyo.

Además, para el caso del régimen subsidiado, se tiene en cuenta la confianza emitida por las direcciones locales de salud en referencia al cumplimiento de los pagos a las ARS (83% de las ARS), el manejo de las bases de datos de los afiliados a las distintas entidades y, en general, el manejo político que se hace con los beneficiarios (89% de las ARS).

b. Diferenciación por calidad

La totalidad de las empresas que respondieron la encuesta reconoció que para constituirse en la mejor opción dentro del mercado dirigen sus esfuerzos a reforzar la calidad en la prestación de los servicios, en especial en aspectos de comodidad como condiciones de hotelería y atención al usuario. En este sentido, se observan diferencias respecto a la decisión de contratar los servicios con terceros o producirlos con infraestructura propia: para el caso del régimen contributivo se encontró que el 42% de las EPS, principalmente de naturaleza privada, prestan los servicios de salud directamente, lo cual brinda la posibilidad de eliminar el pago de márgenes de ganancia a prestadores y las eventuales ineficacias en la prestación de los servicios; el 58% restante contrata la prestación de servicios con terceros. En el caso del régimen subsidiado, esta última estrategia es la más utilizada (70% de las ARS), y solamente existen empresas que prestan directamente actividades de promoción y prevención y servicios de primer nivel de atención (ver Gráfico 6).

Gráfico 6. Volumen de servicios del POS, por niveles de atención, según carácter de la IPS



Fuente. Encuesta a EPS y ARS sobre configuración y participación en el mercado. Cálculo de los autores.

Además, las EPS y ARS manifiestan que generan incentivos en los prestadores, en términos de contención de costos, tiempo de internación y calidad de servicios, mediante el pago oportuno de sus obligaciones contractuales (36% de las empresas señalan esta estrategia) y la utilización de auditoría médica y de cuentas (50% de las empresas). Asimismo, las empresas establecen canales por los cuales los afiliados tienen a disposición permanente quién atienda sus urgencias y los oriente respecto a sus diversas inquietudes, reduciendo el tiempo de espera para las citas médicas.

Las EPS señalan la implementación de otras estrategias de mercadeo para lograr atraer un mayor número de afiliados. En primer lugar, se encuentran todos los elementos de *marketing* que hacen más atractivo el plan de salud (bonos de descuento para la compra de productos, asistencia a gimnasios, descuentos en el valor de la cuota moderadora). En segundo lugar, establecen diferencias en el valor de la cuota moderadora, con niveles más inferiores a los establecidos legalmente para los afiliados por encima de cinco salarios mínimos —el 66% de las EPS mantienen para este nivel de ingresos una cuota por encima de \$9.000 y el 44% restante por debajo de \$6.000— hecho que se relaciona positivamente con la preferencia de las EPS por atraer grupos de población pertenecientes a este nivel de ingresos.

De manera similar, el 42% de las EPS encuestadas sostienen que con el fin de captar grupos de población específicos han desarrollado planes complementarios al POS, cuyo portafolio de servicios ponen a disposición de los afiliados una serie de beneficios adicionales que pueden agruparse en tres categorías: servicios en mejores condiciones de hotelería, con predominio en el ofrecimiento de habitación individual acondicionada cómodamente para la estancia del usuario y sus acompañantes, así como la eliminación de la consulta general como barrera para el acceso a consultas de especialista; prestación de servicios especializados con tecnología y medicamentos no cubiertos por el POS y tratamientos integrales con fines estéticos; por último, cubrimiento total o parcial de las cuotas moderadoras o copagos.

c. Diferenciación en la forma de promoción

En relación con la forma de promoción del POS, se encuentra como rasgo común a todas las empresas la promoción directa del portafolio de servicios a través de asesores comerciales y la difusión de sus valores agregados en medios de comunicación masiva como radio, prensa y televisión. Asimismo, algunas empresas emplean un mercadeo persuasivo adjuntando al manual de usuarios un listado de las IPS con que cuentan y estadísticas que miden el grado de satisfacción de sus afiliados comparado con los de otras empresas. Se observa, además, que las

empresas con algún nexo con gremios, empresas o sectores de la economía, hacen uso del respaldo y el reconocimiento de éstos (marca) para promover la afiliación entre sus vinculados. Por otra parte, se evidencia, para el caso de las empresas que operan en el régimen subsidiado, la promoción por medio de la convocatoria comunal o a través de sus líderes.

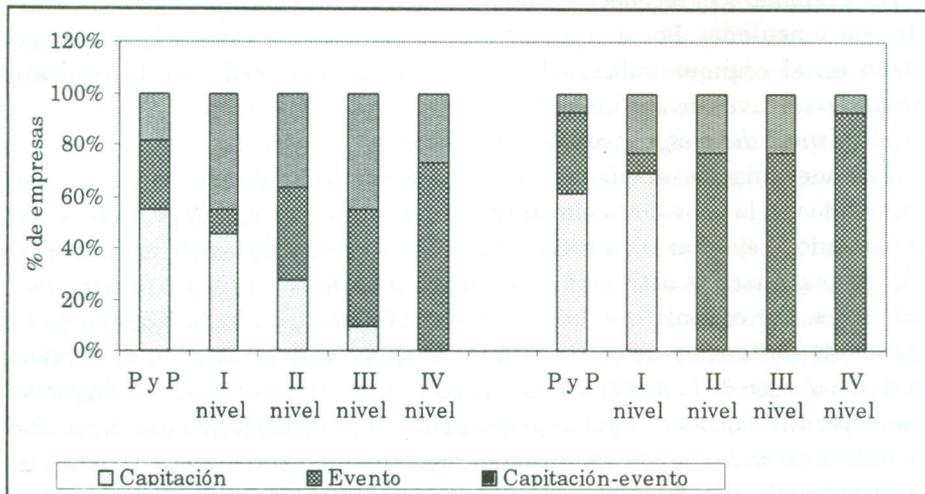
d. Manejo del riesgo y contención de costos

Los mecanismos empleados para la contención de costos se encuentran enmarcados en la subvaloración otorgada a la administración y gestión de riesgos, en el sentido de evaluar las características de los riesgos de la población afiliada con el fin de organizar la actividad de la prestación de servicios en función de tales tendencias. Por el contrario, la mayor atención recae en la utilización de herramientas de contención de costos administrativos y de prestación de servicios de salud. En el caso de la minimización de costos administrativos, se evidencian dos tendencias diferenciadas según la propiedad de las entidades: por una parte, las EPS públicas centralizan las decisiones que comprometen recursos e invierten menos en infraestructura nueva o en mejoras a las ya existentes; por la otra, las entidades privadas y semipúblicas se encuentran descentralizadas en la toma de decisiones, por lo cual cuentan con libertad de maniobra y mayores grados de autonomía; adicionalmente, las entidades privadas hacen grandes inversiones de capital en vistosas instalaciones y equipos de oficina.

Con referencia a los costos asociados con la prestación de servicios, sobresalen en el régimen contributivo dos aspectos: en primer lugar, se encuentra que el 33% de las EPS privadas encuestadas participan en alianzas (con el 15% del volumen de los servicios) para desarrollar actividades de promoción y prevención y atender los dos primeros niveles de atención; en segundo lugar, la tendencia a la integración vertical del aseguramiento con los servicios de primer nivel, en el 42% de las EPS, donde las IPS propias atienden el 51% de los eventos y sobresalen dos EPS privadas que prestan directamente el 90% y el 50% de los servicios de primero y segundo nivel, respectivamente. En el régimen subsidiado, por su parte, la tendencia es a contratar con terceros la prestación de los servicios, aunque el 31% de las ARS, principalmente CCF, prestan directamente el 24% de las actividades de promoción y prevención, y en menor porcentaje los eventos del primer nivel (ver Gráfico 7).

De igual manera, las empresas declaran que buscan una reducción en los costos asociados con los medicamentos a través de la distribución de éstos dentro de los centros de atención, o por medio del establecimiento de alianzas estratégicas de las empresas con los laboratorios farmacéuticos. En el mismo sentido, se evidencia que las EPS y ARS utilizan su poder de negociación (otorgado por la cantidad de afiliados

Gráfico 7. Formas de pago que predominan para la contratación de servicios



Fuente: Cálculo de los autores, Encuesta a EPS y ARS sobre configuración y participación en el mercado

que posee) para pactar la forma de pago de los contratos, marcando como directrices de mercado la modalidad de pago por capitación en los servicios de primer nivel (45% y 69% de EPS y ARS, respectivamente) y de promoción y prevención (en el 55% de EPS y 61% de ARS), y de niveles superiores cuando el número de afiliados sea lo suficientemente grande, caso en el cual el manejo del riesgo se traslada a los proveedores; entre tanto, el pago por evento se impone para los servicios nivel II, III y IV de complejidad, aunque es más marcado el uso de esta modalidad en el régimen subsidiado donde, en promedio, el 81% de las ARS contratan bajo esta forma de pago.

Finalmente, se indagó si las empresas estaban siendo objeto de selección adversa y sobre las estrategias utilizadas para evitar dicho fenómeno. Sobre el particular, el 67% de las EPS manifestó no tenerlo, mientras el resto señalan que lo presentan debido a una mayor frecuencia de patologías de alto costo y atención perinatal a las pocas semanas de afiliación, a la falsedad en la información y los fallos de tutelas. En cambio, el total de ARS señalan que están siendo objeto de selección adversa, atribuida especialmente a la manipulación de las listas de beneficiarios y al número de ellos que ingresan vía traslados con patologías de alto costo.

En relación con las estrategias para evitar la selección adversa, las EPS se han concentrado principalmente en la revisión de las solicitudes de afiliación y la verificación de requisitos para traslados. Por su parte, las ARS más que estrategias han realizado concertaciones con los entes territoriales y las secretarías de salud para que el manejo de las listas sea transparente.

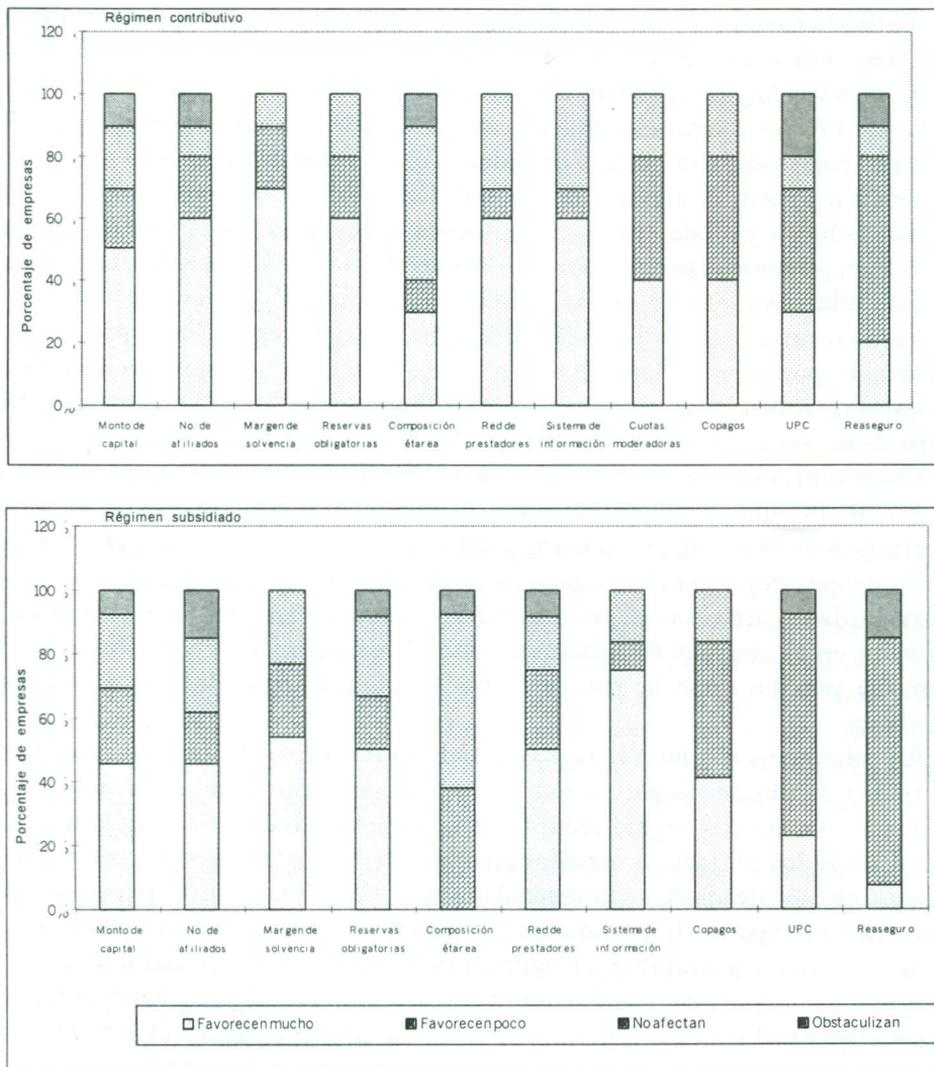
d. Regulación y perspectivas de mercado

Las entidades aseguradoras declaran que el mercado al que pertenecen no se ha estabilizado completamente y consideran que su tendencia apunta a la salida, asociación o fusión de algunas de las entidades existentes para consolidar un mercado reducido y sólido, en los dos regímenes. En general, las EPS y ARS señalan que existen problemas para el ingreso y desarrollo de sus actividades, tales como: la inestabilidad en las normas, la falta de control de los agentes reguladores, la afiliación en varias entidades (multiafiliación), evasión y mora en los pagos de las cotizaciones por parte de los afiliados a las EPS, la falta de transparencia de las entidades territoriales en el manejo de los afiliados a las ARS y la oportunidad en el giro de los recursos del sector (ver Gráfico 8).

Estas empresas consideran que las exigencias sobre el monto de capital, número de afiliados, nivel de solvencia, composición etérea, monto de reservas, acreditación de la red de prestadores y del sistema de información, y el establecimiento de copagos y cuotas moderadoras tienen una incidencia favorable en el desarrollo de sus actividades, pero identifican como normas poco favorables para la operación en el mercado de aseguramiento al reaseguro y la UPC. Esta última norma se percibe como la menos favorable para la actividad en el régimen subsidiado.

En coherencia con los hallazgos anotados anteriormente, las empresas mencionan los siguientes aspectos que necesitan adicionarse o reformarse en la regulación: en primer lugar, identifican como necesidad que la vigilancia y el control sobre los afiliados y empleadores sea efectiva en detectar y remediar la evasión o elusión de aportes a la seguridad social, particularmente los aspectos que involucran el reporte de novedades y traslado de asegurador; en este mismo sentido, se reclama por una mayor vigilancia y asignación de responsabilidades para las entidades territoriales que dificultan el funcionamiento de las ARS; finalmente, revisar el monto de la UPC-S para que sea acorde con los costos de la prestación de los servicios y garantice un permanente equilibrio financiero a las empresas.

Gráfico 8. Consideración de la aseguradora respecto a la incidencia de las normas para la entrada y operación en el mercado de aseguramiento



Fuente: Encuesta a EPS y ARS sobre configuración y participación en el mercado. Cálculo de los autores,

IV. Discusión y conclusiones

En este artículo se realizó una aproximación general sobre el mercado del seguro público de salud en Colombia, con varios aspectos sobre la organización industrial del mismo. Se partió de considerar que la reforma colombiana constituye una experiencia interesante en cuanto a la desintegración vertical del seguro social, provisto mediante monopolio estatal, y la liberalización del mercado para su administración, aspectos que resultan novedosos y prácticamente únicos en América Latina; además, Colombia ha sido el único país en el mundo en adoptar un sistema de competencia regulada, seguido solo recientemente por Israel. En este sentido, a través de nuevo conocimiento y de la generación o provocación de hipótesis de trabajo para futuras investigaciones, se hacen varios aportes para la evaluación del potencial que tiene el diseño del sistema para conducir al logro de los objetivos trazados por la reforma, en particular los resultados sobre la eficiencia y el bienestar de los consumidores, así como los vacíos en la regulación y el ejercicio de la misma.

La experiencia colombiana presenta dos capítulos o segmentos que merecen ser considerados de manera independiente para destacar lo que sucede en ambos casos y continuar con el análisis de sus tendencias y perspectivas. En primer lugar, el régimen contributivo consiste propiamente en la reforma al anterior seguro de salud que era provisto mediante el ISS y diversas entidades públicas que brindaban protección de manera directa a sus empleados. En este caso el ISS pierde su poder de monopolio, con el traslado del financiamiento a un fondo público y la introducción de la competencia de las EPS, y sus funciones se desintegran entre la administración del seguro (EPS) y la prestación de servicios (IPS), además de la separación de negocios entre salud, pensiones y riesgos profesionales. Como resultado de esta transformación, el ISS y toda la oferta pública perdieron su predominio y tal vez sean objeto de selección adversa al conservar especialmente a las personas de más edad y con una mayor incidencia de enfermedades de alto costo; en cambio, varias EPS de naturaleza privada se han venido imponiendo paulatinamente y entre ellas se establecen diferencias en cuanto a la estrategia de participación en el mercado.

Dentro las EPS se diferencian también las públicas, por asistir al mayor número de municipios del país, con una participación muy importante en el caso de los de menor desarrollo; por su parte, dentro de las privadas se tienen algunas que se ubican preferentemente en las grandes ciudades y basan su crecimiento en la captura de población residente allí, sin que exista interés por ampliar el número de plazas, mientras solo una se destaca por basar su crecimiento en la asistencia a

muchos municipios y algunas más han ampliado su número de plazas en centros regionales en donde hay un bajo número de competidores.

La evolución de este régimen enseña una relativa estabilidad en cuanto al número de entidades, el cual prácticamente no ha variado desde el primer año de operaciones. Además, si bien el número de EPS puede considerarse como importante (25), a nivel nacional se consolidan unas pocas con un porcentaje significativo de los afiliados (60%), de manera que predomina una concentración moderada en el mercado. El comportamiento registrado hasta ahora permite señalar que para el futuro se espera, en el marco de un estancamiento de la cobertura, una consolidación del mercado conservando el número de EPS, con algunas fusiones y liquidaciones, y la diferenciación de competidores según la distribución espacial del mercado, los nichos de población preferidos y los productos complementarios que se ofrecen.

Una de las principales diferencias que marcan la pauta en este mercado se refiere a la estrategia adoptada por las EPS para la prestación de servicios a sus afiliados. Se destacan, por una parte, las EPS que cuentan con su propia red de servicios o realizan alianzas con los proveedores para ofrecer la atención, especialmente en el primer nivel, controlar directamente los costos y reducir los márgenes comercialización; se supone, en este caso, que se plantea una visión del negocio de la salud en una perspectiva de largo plazo, con inversiones importantes en infraestructura y capital humano para administrar el plan de salud, en especial en el primer nivel de atención, buscando así una garantía para la permanencia en el mercado y la rentabilidad del negocio. En cambio, otras EPS se dedican a manejar el riesgo mediante el diseño de diversas formas de contratación por medio de las cuales buscan que los proveedores asuman parte del mismo, de modo que no muestran interés por participar en el mercado de servicios y tal vez no tengan mucho interés por mantenerse en el mercado.

La manera como se ha distribuido el mercado nacional, sin contar con información del ISS, da cuenta de que a pesar de predominar una concentración moderada, con excepción de las cuatro principales ciudades, en casi todos los municipios existe una EPS que domina el mercado con una cuota superior al 50%. Igualmente, el índice de Hirschman-Herfindalh enseña el predominio del monopolio en la gran mayoría de municipios del país. Es importante complementar este análisis teniendo en cuenta la participación del ISS, cuya información no estuvo disponible, así como considerar diferentes áreas de mercado, tanto en términos de localidades como agregando subregiones o grandes regiones del país.

En segundo lugar, el régimen subsidiado representa otra novedad de la reforma colombiana, que consiste en la adopción del seguro de salud para la población pobre y, para su administración, en la creación de las ARS como entidades con una función similar a la de las EPS. En este caso, la regulación ha sido menos estable y, en general, el régimen se ha visto sometido a mucha incertidumbre, que entre otras cosas retrasó su inicio y ahora ha llevado a un proceso de depuración a través de una depredación legislativa y la salida de varias ARS de tamaño considerable por razones financieras. Hacia el futuro, si bien se percibe la reducción del número de empresas y un promedio de afiliados mayor, parece mantenerse la incertidumbre financiera, que puede llevar a mayores desapariciones o fusiones y, tal vez, a una presión sobre el sector público para que asuma íntegramente el régimen.

En este caso también se presentan varios patrones de participación en el mercado: existe una EPS pública que si bien no tiene un dominio muy grande del mercado se consolida como la más grande y con un interés por aumentar su tamaño, con presencia en muchos municipios; en cambio, las EPS privadas prácticamente han abandonado el mercado por falta de rentabilidad y esto resulta consistente con el hecho de que prácticamente solo permanecen entidades sin fin de lucro; por su parte, las cajas de compensación familiar muestran interés por seguir participando en el mercado, con preferencia sobre las áreas metropolitanas y algunos centros regionales en los cuales hacen presencia con otros servicios como recreación y educación; por último, las empresas solidarias de salud recibieron los mayores sacrificios con la depredación legislativa y, si bien no se cuenta con una evaluación sobre sus resultados, en la práctica se abandonó la idea inicial de contar con esquemas comunitarios para administrar el plan de salud.

Un aspecto que guarda relación con la incertidumbre que acompaña este régimen y los resultados financieros de las empresas que ingresaron buscando rentabilidad, se refiere a la contratación de servicios como estrategia dominante y el poco interés por prestar servicios de manera directa, excepto los servicios de promoción y prevención en los cuales se aprecia que hay algunas prestaciones directas. Esta situación puede explicarse, en parte, por el poder de mercado que mantiene la red pública como contratista de las ARS, al igual que las restricciones impuestas a éstas en materia de contratación (al menos un 40% con la red pública) y la dispersión de la población en las áreas urbanas y rurales. Como nota curiosa, a este mercado ingresaron cerca de 250 entidades entre las cuales si bien se dio una pluralidad en su razón social, predominaron las empresas solidarias de salud con un tamaño muy bajo, que fue autorizado por el gobierno sin tener claridad sobre su

futuro. De manera que si bien en el mercado nacional se contaba con una estructura competitiva, al igual que en el régimen contributivo, y con mayor fuerza en este caso, en los municipios se dio una gran concentración y el predominio en muchos casos de una sola ARS.

Aunque entre ambos regímenes también existen algunas diferencias en cuanto a la conducta o comportamiento estratégico que siguen las empresas administradoras, se evidencian algunas prácticas que merecen ser examinadas con el propósito de evaluar su aporte a la eficiencia y los riesgos que se tienen sobre la calidad de los servicios y el bienestar de los consumidores. Se destaca, a partir de la manera cómo se distribuye la oferta en el ámbito nacional, una distribución de los riesgos que podría estar favoreciendo a las EPS privadas (el descreme del mercado) y generar mercados incompletos al tener algunas plazas, correspondientes a los municipios más pequeños y de menor desarrollo, en las cuales incluso las EPS públicas no asisten por el bajo número de afiliados potenciales.

Como problemas de regulación que pueden generar dificultades para el futuro del sistema de seguridad social en salud y merecen, por lo tanto, la atención para profundizar el análisis y diseñar herramientas efectivas de vigilancia y control, se destacan los siguientes: la salida del mercado, recordando que se trata de la administración de un recurso público, debe ser regulada en términos de las razones para el abandono y las exigencias en materia de pago a los proveedores y atención de los usuarios que pueden estar en listas de espera; la actualización de normas según el crecimiento de las empresas y la dinámica de la afiliación; el seguimiento sobre la calidad y satisfacción de los usuarios, a fin de controlar ciertas tendencias referidas a los mecanismos de pago y la prestación de servicios, de manera que se contrasten los resultados de eficiencia micro en las administradoras, la cual puede resultar de la manera particular como se prestan directamente o contratan los servicios, con los resultados ofrecidos a los usuarios.

Por último, en cuanto a la investigación en la perspectiva de la organización industrial, esta aproximación genera varias provocaciones para dar continuidad a una línea de investigación: en primer lugar, interesa abordar el tema de la selección de riesgos como una estrategia que pueden adoptar las empresas para asegurar su permanencia en el mercado, de manera que es importante abordar tanto la distribución de riesgos entre ellas como indagar por la existencia de grupos excluidos. En segundo lugar, a partir de este trabajo surgen varias hipótesis sobre el desempeño de las empresas administradoras y los factores de éxito que merecen ser exploradas con profundidad, abordando así los tres elementos del paradigma de la organización industrial; en particular, a partir de los patrones de comportamien-

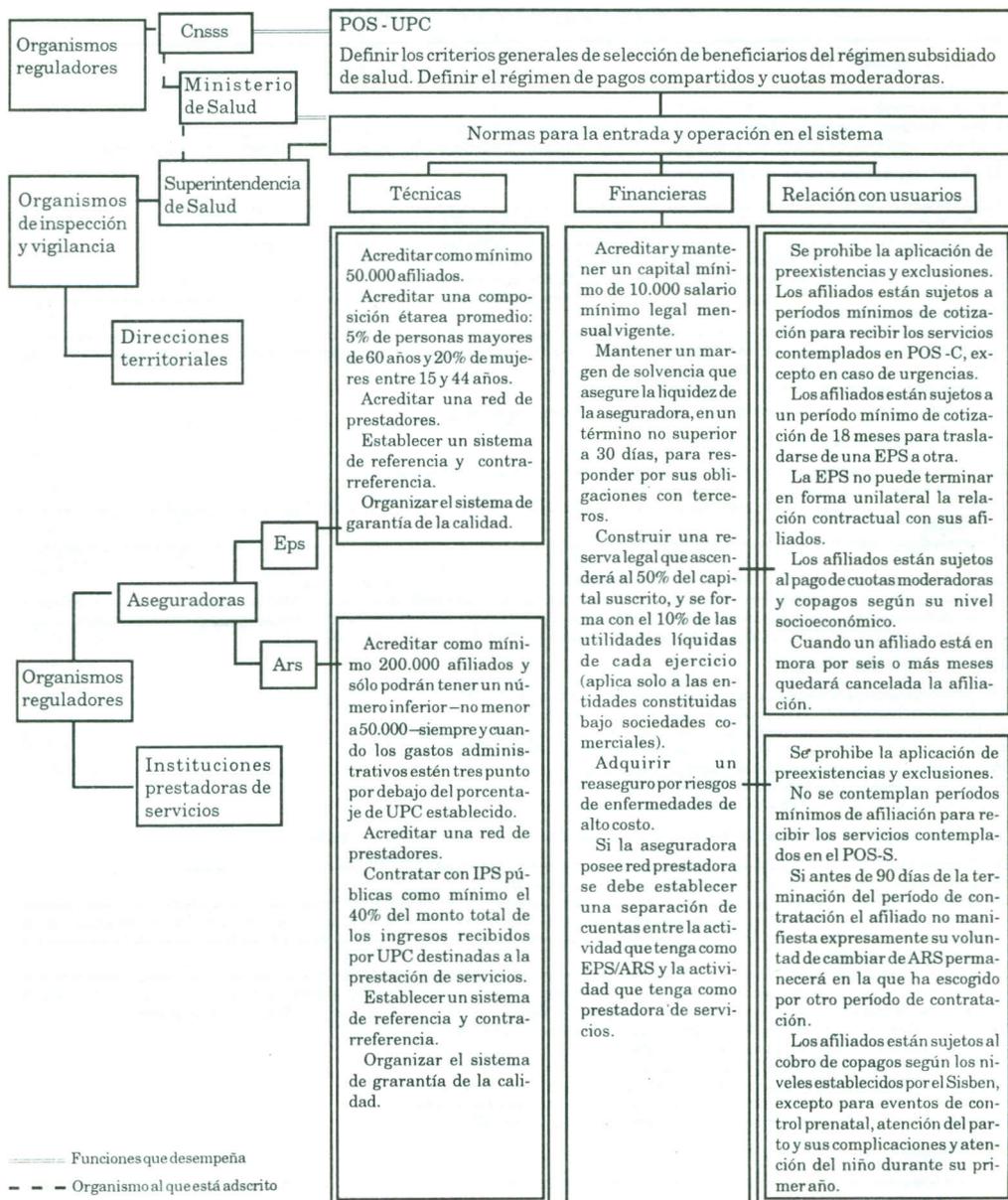
to identificados, como la estrategia que se sigue para la prestación de servicios, es importante conocer los resultados financieros en un horizonte de mediano plazo, así como la demanda que se presenta sobre su afiliación. En tercer lugar, un aspecto central que merece ser estudiado se refiere a las mecanismo de contratación con los prestadores, indagando sus resultados en términos de eficiencia y satisfacción y las consecuencias en materia de elección del usuario y barreras para la participación de otros agentes. En cuarto lugar, es importante abordar la perspectiva de la demanda, tanto en términos de su elección del administrador del seguro como del plan propiamente dicho, así como su percepción sobre la calidad de los servicios y satisfacción en el sistema.

Bibliografía

- AKERLOF, G. (1970). "The market of 'Lemons': Qualitative Uncertainty and the Market Mechanism". *Quarterly Journal of Economics*, 84, 488-500.
- ARROW, Kenneth (1963). "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care". *American Economic Review*, Vol. 53, 5, 941-973
- ASHTON, Toni y PRESS, David (1997). "Market Concentration in Secondary Health Services under a Purchaser-Provider Split: the New Zeland Experience", *Health Economics*, Vol. 6, pp. 43-56.
- BANCO Mundial (1993). *Invertir en salud. Informe de Desarrollo Mundial*. Washington, 1993.
- BOYER, Robert y SAILLARD, Yves (1995). *Théorie de la régulation, L'état des savoirs*. Paris, La Découverte.
- BARR, Nicholas (1993). *The Economics of the Welfare State*. Second edition, London, Weidenfeld and Nicolson.
- COLOMBIA, Superintendencia Nacional de Salud. *Boletín estadístico*. Varios números.
- CULYER, Anthony J. (1991). "The Nature of Commodity 'Health Care' and its Efficient Allocation" En: Culyer, Anthony J. (ed.). *The Economics of Health*. Great Britain, Galliard Printers Ltd., Vol. II, pp. 31-53.
- CUTLER, David M. y ZECKHAUSER, Richard J. (1999). "The Anatomy of Health Insurance". National Bureau of Economic Research -NBER-, Working Paper 7176 (<http://www.nber.org/papers/w7176>).
- DEMSETZ, Harold (1997). *La economía de la empresa*. Madrid, Alianza Editorial S.A.
- DONALDSON, Cam y KAREN, Gerad (1992). *Economics of Health Care Financing: the Visible Hand*, Hong Kong, Mcmillan Press Ltd.
- DRANOVE, David y SATTERHWAITE, Mark (2000). "The Industrial Organization of Health Care Markets". En: Culyer, A.J. y Newhouse, J. P.(eds.) *Handbook of Health Economics*. Elsevier Science, pp. 1091-1139.
- ENTHOVEN, Alain (1993). "The History and Principles of Managed Competition", *Health Affairs*, No. 12.
- EVANS, R. G. (1983). "Incomplete Vertical Integration in the Health Industry: Pseudomarkets and Pseudopolicies". En: Culyer, A. J. (editor) *The Economics of Health*. Great Britain, Galliard Printers Ltd., V. 2, pp. 3-30.

- FOLLAND, Goodman y STANO (1997). *The Economics of Health and Health Care*. 2ª ed. New Jersey, Prentice-Hall.
- FRENK, Julio y LONDOÑO, Juan Luis (1997). "Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina". En: Frenk, Julio (ed.). *Observatorio de la Salud. Necesidades, servicios y políticas*. México, Fundación Mexicana para la Salud, pp. 307-346.
- FRIEDMAN, Lee S. (1984). *Microeconomic Policy Analysis*. McGraw-Hill.
- GAYNOR, Martin (1994). "Issues in the Industrial Organization of the Market for Physician Services". *Journal of Economics and Management Strategy*. Vol. 3, Issue 1, pp. 211-255.
- HARVARD University School of Public Health (1996). "Report on Colombian Health Reform and Proposed Master Implementation Plan. Revised Draft Final Report". Santafé de Bogotá: Ministerio de Salud.
- MIRANDA, Ernesto y PAREDES (1997). "Organización industrial de los servicios de salud en Chile". Banco Interamericano de Desarrollo. Washington
- MUSGROVE, Philip (1996). "Public and Private Roles in Health: Theory and Financing Patterns". *World Bank Discussion Paper*, No. 339, Washington D.C.
- NICHOLSON, Walter (2001). *Microeconomía intermedia y sus aplicaciones*. 8ª. ed., Bogotá, McGraw Hill, 342 p.
- ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud –OMS– (2000). *Health Systems: Improving Performance*. Washington.
- PLIEGO, Javier (1995). *Introducción a la estadística económica y empresarial*. Madrid, Ed. AC.
- RESTREPO, Jairo Humberto (1999). "El sistema colombiano de seguridad social en salud: ¿ejemplo a seguir?". En: Ramírez, Berenice (comp.). *La seguridad social: reformas y retos*. México, Miguel Angel Porrúa, 125-171.
- RESTREPO, Jairo Humberto y SALAZAR, Verónica (2001). "El seguro obligatorio de salud en Colombia: evolución y determinantes de la cobertura". *Coyuntura Social* (en proceso de edición). Bogotá, D.C., Fedesarrollo.
- RESTREPO, Mauricio (2000). "La reforma de la seguridad social en salud en Colombia y la teoría de la competencia regulada". En: Titelman, Daniel y Uthoff, Andras. *Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud. Los casos de: Estados Unidos, Canadá, Argentina, Chile y Colombia*. Santiago de Chile, FCE-CEPAL, 659-726.
- SANTERRE, Rexford y NEUN, Stephen (2000). *Health Economics. Theories, Insights and Industry Studies*. Orlando Florida, Harcourt Brace College Publishers, 646 p.
- SCHIEBER, George J. (1997) "Innovations in Health Care Financing". Proceedings of a World Bank Conference, march 10-11, 1997. *World Bank Discussion Paper* No. 365.
- STIGLITZ, Joseph (1997). *La economía del sector público*. 2ª. Edición, Barcelona, Antoni Bosch.
- TIROLE, Jean (1990). *La teoría de la organización industrial*. Barcelona, Ed. Ariel.
- UNIVERSIDAD de Antioquia, Centro de Investigaciones Económicas –CIE– -Grupo de Economía de la Salud –GES– (2001). *Observatorio de la Seguridad Social*. Medellín, No. 2 (<http://agustinianos.udea.edu.co/economia/ges>).

Anexo 1. Colombia: regulación del mercado de aseguramiento de salud



Fuente: República de Colombia, Ley 100 de 1993; Cnsss, Acuerdos del Consejo; Gobierno Nacional, Decretos reglamentarios de la Ley 100. Elaborado por: Lina Patricia Casas Bustamante, integrante del CIE-GES.

Anexo 2. Esquema simplificado de la encuesta a EPS y ARS sobre configuración y participación en el mercado

I. Datos generales

1. Nombre de la empresa
2. Productos que ofrece
3. Forma de organización jurídica de la empresa: a) CCF, b) economía solidaria, c) S.A., d) Ltda., e) Otros
4. La empresa proviene de: a) medicina prepagada, b) CCF, c) compañías de seguros, d) alianzas de IPS, e) cooperativas, f) sector financiero

II. Participación en el mercado

5. Cuando la empresa decide ofrecer la afiliación en un municipio, ¿qué criterios tiene en cuenta? (orden de preferencias)
 - a) Número de habitantes: a) 0 y 50.000; b) 50.000 y 100.000; c) 100.000 y 500.000; d) Más de 500.000
 - b) Porcentaje de población urbana, entre: a) 0% y 30%; b) 30% y 50%, c) 50% y 70%, d) 70 y 90%, e) 90% y 100%
 - c) Distancia respecto a las capitales de los departamentos (en horas): a) 0 y 1; b) 1 y 3; c) 3 y 5; d) Más de 5
 - d) Tamaño de la empresa (número de empleados): a) 0 y 10; b) 11 y 50, c) 51 y 199; d) más de 200
 - e) Tipo de ocupación: a) obrero o empleado particular; b) obrero o empleado del gobierno; c) empleado doméstico; d) trabajador por cuenta propia; e) patrono o empleador; f) otros
 - f) Sector económico: a) industria; b) construcción; c) comercio; d) transporte; servicios financieros; e) servicios comunales; f) sociales y personales;
6. Tiene en cuenta otros criterios (señale los que tiene en cuenta): a) existencia y estado de la red de prestación de servicios; b) orden público; c) historial de pagos de la entidad territorial; d) vías de comunicación; e) presencia de un gremio que apoye
7. ¿Qué estrategias emplea la empresa para promover la afiliación?
8. ¿Cuáles son las fortalezas de la empresa frente a las otras presentes en el mercado?

III. Prestación de servicios

9. Si la empresa ofrece planes complementarios, ¿qué tipo de servicios o beneficios brinda con ellos?
10. Cuotas moderadoras establecidas por la empresa:
11. Distribuya en porcentajes (de 0% a 100%) el volumen de los servicios del POS, por niveles de atención, según el carácter de IPS (propia, contratada y Alianza):
12. Formas de pago predominan en la empresa, para la contratación de servicios de salud ¿(por niveles de atención)? a) capitación; b) evento; c) diagnóstico; e) Otra
13. ¿Participa en alianzas con EPS o ARS para el suministro de medicamentos a los afiliados de su empresa?
14. ¿Cuáles y en qué porcentaje (de 0% a 100%) las siguientes actividades contrata la empresa con terceros? a) Promoción de la afiliación en grupos de población no cubiertos; b) Atención, orientación y autorización para los servicios de salud; c) Publicidad; d) Sistema de nómina; e) Sistema de contabilidad; f) Sistema de pagos a proveedores; g) Auditoría médica; h) Sistema de información; i) Otras?

IV. Manejo del riesgo

15. ¿Qué mecanismos para la administración y gestión del riesgo utiliza la empresa?
16. ¿Qué procedimiento sigue la empresa para diseñar un portafolio de servicios?
17. En términos generales, ¿qué cadena operativa sigue al diseño de un portafolio de servicios?
18. ¿Qué estrategias utiliza la empresa para contener el costo en la prestación del servicio?
19. ¿Considera que la empresa está siendo objeto de selección adversa?
20. ¿Qué estrategias han diseñado para evitar la selección adversa?
21. ¿Participa en alianzas con EPS o ARS para la compra de reaseguros?

V. Evaluación y perspectivas del mercado de aseguramiento en salud

22. ¿Considera su empresa que los afiliados del régimen sobre el cual se basa la encuesta practican el principio de la libre elección?
23. ¿Qué mecanismos utiliza su empresa para contener los costos administrativos?
24. ¿Qué porcentaje de los costos totales de producción de información, son generados en las siguientes transacciones? ¿En qué están representados estos costos?: a) Componer un sistema integrado de actualización permanente de la base de datos de asegurados ; b) La realización de análisis de las características socioeconómicas y de salud de los afiliados y de la población en general; c) Análisis permanente de la utilización de los servicios, sus desviaciones y sus causas
25. ¿Qué porcentaje de los costos totales de la administración de los contratos, son generados en las siguientes actividades?: a) El procedimiento requerido para que el Posyga gire los recursos; b) El reporte de información permanente a las entidades encargadas de la vigilancia y el control; c) Costos de transacción asociados con las normas (y formatos) que regulan los sistemas de pagos y de contratación; d) El manejo de las glosas
26. ¿Cómo evalúa los resultados financieros obtenidos por su empresa en los años que lleva operando?
27. ¿A qué factores se deben principalmente estos resultados?
28. ¿En orden de importancia, ¿de qué factores depende el éxito de una EPS o ARS?
29. Para su empresa, ¿cuál es el número de afiliados mínimo y máximo que puede sostener?
30. ¿Qué tendencias en términos del número de agentes aseguradores presenta el mercado?
31. ¿Cuál será la forma de prestación de servicios que predominará en el mercado?

VI. Regulación

32. ¿Considera que existen problemas para el ingreso y el desarrollo de las actividades en el mercado de aseguramiento? (Enuncie en orden de importancia estos problemas)
33. Consideración de la empresa respecto a la incidencia de las siguientes normas y controles —que regulan la entrada y operación del mercado de aseguramiento— en la actividad (favorecen mucho, favorecen poco, no afectan, obstaculizan): a) Monto de capital exigido; b) Mínimo de afiliados exigido; c) Solvencia exigida; d) Reservas obligatorias; e) Porcentajes de composición etárea exigida; f) Acreditación de la red de IPS; g) Acreditación de sistema de información; h) Cuotas moderadoras; i) Copagos; j) UPC; k) Reaseguro.
34. ¿Qué aspectos de regulación necesitan adicionarse o reformarse principalmente para facilitar el desarrollo de las actividades de la empresa?

Anexo 3. Definición de las abreviaturas utilizadas en el artículo

ARS:	Administradoras del régimen subsidiado
Cajanal:	Caja Nacional de Previsión Social
Caprecom:	Caja de Previsión Social de las Comunicaciones
CCF:	Caja de Compensación Familiar
CNSSS:	Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud
EPS:	Empresas promotoras de salud
ESS:	Empresas solidarias de salud
Fosyga:	Fondo de Solidaridad y Garantía
He:	Índice de entropía o Theil
IC:	Índice de cuota de mercado
IHH:	Índice de Hirshmann-Herfindahl
IPS:	Instituciones prestadoras de salud
ISS:	Instituto de Seguros Sociales
ITF:	Índice de tamaño funcional
Ltda:	Sociedad limitada
OMS:	Organización Mundial de la Salud
POS:	Plan obligatorio de salud
POS-C:	Plan obligatorio de salud -régimen contributivo
POS-S:	Plan obligatorio de salud -régimen subsidiado
S.A:	Sociedad anónima
UPC:	Unidad de pago por capitación
UPC-S:	Unidad de pago por capitación- régimen subsidiado