

Competencia en el sector de la salud

David Bardey¹
Darío Maldonado²
Marcela Meléndez³
Manuel Ramírez^{4,5}

Diciembre 2011

Los objetivos de este trabajo son dos: 1) proponer cambios regulatorios que estimulen la competencia en el sector de la salud; 2) emitir advertencias o sugerir métodos de supervisión a la Superintendencia de Industria y Comercio (SIC) para supervisar e investigar el buen funcionamiento de la competencia en los diversos mercados que componen este sector. Para alcanzar estos objetivos, además de este documento, que puede leerse a manera de un resumen ejecutivo, este trabajo está compuesto por un Apéndice que comprende cinco capítulos. El primer capítulo provee una revisión de literatura teórica en la cual se resumen y se explican muchos de los aspectos que pueden dar lugar a problemas de competencia en un sector de la salud con una organización similar al colombiano. Estos problemas de competencia pueden provenir principalmente de características de la organización industrial del sector (concentración de los mercados, integración vertical, mercados de dos lados, *etcétera*), o pueden tener origen en la presencia de asimetrías de información en los mercados del sector salud. El segundo capítulo presenta un resumen de la literatura empírica disponible para el caso colombiano. El tercer capítulo del Apéndice se dedica a una presentación de la normatividad del sector de la salud colombiano, en la que se enfatizan las interacciones entre las normas sectoriales que regulan la Seguridad Social en Colombia y el derecho de la competencia. El cuarto capítulo presenta algunas

¹ Profesor Titular del Departamento de Economía de la Universidad del Rosario, Investigador Asociado a Toulouse School of Economics e Investigador Afiliado de ECON ESTUDIO.

² Profesor Titular del Departamento de Economía de la Universidad del Rosario, e Investigador Afiliado de ECON ESTUDIO.

³ Socio Director de ECON ESTUDIO.

⁴ Profesor Titular del Departamento de Economía de la Universidad del Rosario.

⁵ Se agradece la participación de Lorena Caro (ECON ESTUDIO) y Julieth Santamaría (Universidad del Rosario) como Investigadoras Asistentes.

estadísticas descriptivas del sector de la salud colombiano a partir de la información que estuvo disponible al equipo consultor durante el desarrollo de este trabajo y deja indicada la información que deberá usar la SIC en su análisis de competencia de los mercados de salud. En el último capítulo se exponen nuestras principales propuestas de reforma regulatoria y recomendaciones para la supervisión de la competencia en el sector de la salud colombiano. Este documento es una síntesis del trabajo realizado.

Diagnóstico del sector de la salud colombiano

Una de las observaciones más importantes que se han formulado en este trabajo es que por la organización de tipo *managed care* del sistema de salud colombiano, una gran parte de los recursos del sistema pasa por las manos de las EPS públicas y privadas. Aunque esto no constituye un problema en sí mismo, hace necesario y crucial que la competencia entre EPS sea efectiva para que estos recursos sean manejados de manera eficiente. En efecto, uno de los mensajes principales del ejercicio realizado es que, dado el rol de organizador del sector que cumplen las EPS, un buen funcionamiento de la competencia en el nivel del aseguramiento se transmitiría a los demás mercados del sector reduciendo potencialmente la necesidad de intervenir directamente en ellos para defender la competencia.

En el sistema actual, las EPS compiten solamente en calidad. Esta calidad abarca varias dimensiones, pero en todo caso se ha resaltado que puede ser demasiado abstracta para generar una competencia efectiva entre las aseguradoras. En efecto, puede ser complicado para los afiliados tener claridad acerca de las responsabilidades de cada uno de los agentes que intervienen en la cadena vertical de producción de servicio de salud sobre el nivel de calidad del servicio. En otras palabras, es complicado distinguir la calidad que proviene de las EPS y la que proviene de los prestadores de salud contratados por éstas. La única dimensión de la calidad fácilmente observable por parte de los afiliados son los tiempos de espera para obtener sus citas médicas, y de manera general, las barreras que ponen las EPS en el acceso a los servicios de salud que requieren.

Se argumenta en este trabajo que la competencia en calidad es insuficiente para garantizar un manejo eficiente de los recursos del sector de la salud (por lo menos de los recursos que se usan para subsidiar la demanda). La competencia en calidad como disciplinador del mercado opera en casos extremos en los mercados de aseguramiento de la salud, solamente si existen EPS que sean demasiado ineficientes para manejar el riesgo de salud de sus afiliados con el nivel de la UPC. En otras palabras, si existe heterogeneidad en los niveles de eficiencia de las diferentes EPS que compiten en este mercado, al final ésta se traduce sólo en niveles de utilidad diferentes. En la situación actual no existe una transmisión de las ganancias de eficiencia al resto del sistema de salud. Al no estar atado a medidas de eficiencia, el nivel de las UPC potencialmente permite la supervivencia de las EPS menos eficientes y da lugar a que las EPS más eficientes generen rentas. Tal situación llega a su paroxismo con el polémico tema de la integración vertical. Como se ha documentado en los capítulos 1 y 4, la integración vertical puede aumentar la eficiencia económica en algunos escenarios. Sin embargo, a pesar del potencial de la integración vertical para generar ganancias de eficiencia, el sector de la salud colombiano sólo ha experimentado sus aspectos negativos, porque estas ganancias no han sido transmitidas al resto del sector. Esto último no siempre obedece a un comportamiento cuestionable por parte de los aseguradores; de hecho, con mayor frecuencia responde a problemas inherentes al diseño del sistema de salud.

Para concluir, el punto central de este diagnóstico es que la competencia en calidad entre EPS no ha generado incentivos suficientes para garantizar que los mercados de aseguramiento operen de manera eficiente, ni consigue por si sola que las ganancias de eficiencia se reflejen en un mayor bienestar de la sociedad. Por esta razón, se proponen cambios en la organización del sector de la salud colombiano que permitan preservar el espíritu de la arquitectura de tipo *managed care* establecido por la Ley 100 de 1993, pero con los incentivos adecuados para que haya mayores ganancias de eficiencia y para que estas sean disfrutadas más ampliamente por todo el sector.

Recomendaciones para el sector de la salud colombiano

Este trabajo propone dos grandes ejes de cambios regulatorios, que son complementarios. Se empieza por la presentación de estos dos ejes y luego se entrega un conjunto de recomendaciones adicionales dirigidas a completar ambos ejes.

Eje 1: Introducción de una competencia marginal en primas

La recomendación más innovadora y quizás la más “fuerte” de este trabajo es introducir una competencia marginal en primas entre las EPS, además de la competencia en calidad que existe hoy en día. Se habla de competencia marginal porque tal competencia vendría como complemento a la competencia en calidad actual y se mantendría el sistema en el cual las EPS reciben UPC para manejar el riesgo de salud de sus afiliados. La introducción de una competencia marginal en primas daría incentivos a las EPS más eficientes para fijar primas más bajas con el objetivo de ganar participación de mercado. Estos incentivos a las EPS más eficientes para bajar sus primas se traducirían en una transmisión parcial de las ganancias de eficiencia al resto del sector. Operativamente, esta transmisión de ganancias de eficiencia al resto del sistema se instrumentaría a través de una reducción de las UPC recibidas por las EPS, y en consecuencia, de una reducción de los aportes de los trabajadores que las financian. Las EPS quedarían habilitadas para financiar parcialmente sus servicios a través del cobro de una prima adicional a los afiliados del régimen contributivo. En el evento de que esta reforma no se materializara en el cobro de primas adicionales, esto se debería interpretar como evidencia de espacio para reducir aún más las UPC y los aportes que las financian. Por el contrario, si la suma de las primas cobradas a los afiliados resultara mayor que la reducción en los ingresos de las UPC correspondientes, mientras que la participación de mercado de la EPS se mantiene inmodificada, esto debería interpretarse como indicio de un equilibrio colusivo.

En síntesis: *La introducción de competencia en precios tendría por consecuencia 1) estimular la competencia; 2) obligar a las EPS menos eficientes a hacer los esfuerzos necesarios para bajar sus costos o salir del mercado; 3) que se transmitan las ganancias de eficiencia hacia el resto del sistema de salud colombiano, a través de un menor costo del aseguramiento en salud para los afiliados del régimen contributivo; y 4) que la SIC pueda detectar más fácilmente estrategias de colusión, de manera que sea capaz de disuadirlas.*

A pesar de sus bondades, esta propuesta puede acentuar algunos problemas de competencia desleal con origen en asimetrías en la selección de riesgo por parte de las EPS. Las asimetrías en la selección de riesgo favorecen a las EPS que utilizan estas estrategias y que pueden beneficiarse de una población de afiliados con un riesgo de salud menor al afiliado promedio, a pesar de no ser necesariamente las más eficientes. Por esta razón, al aplicarse la introducción de competencia en precios en el margen, se debe prevenir con aún mayor énfasis la selección de riesgo. Para reducir la rentabilidad de las estrategias de selección de riesgo, se entregan a continuación tres recomendaciones.

Recomendación 1: *Se propone que la SIC o la Superintendencia de Salud calculen sistemáticamente indicadores que les permitan comparar a las EPS que compiten en un mismo mercado geográfico sobre la base de medidas que puedan ser señal de estrategias de selección de riesgo (por ejemplo, tasas de mortalidad), y que fijen valores umbrales a partir de los cuales se enciendan alarmas con el fin de realizar de manera automática las investigaciones necesarias. La selección de riesgo debe ser interpretada como un acto de “desviación de la clientela”, en los términos en que este es tipificado en la Ley 256 de 1996 (Artículo 8).*

Recomendación 2: *Se propone incluir variables socio-económicas en la determinación de la UPC, para limitar la rentabilidad de las estrategias de selección de riesgo por parte de las EPS. A pesar de su poder predictivo, se recomienda no añadir otras variables que tengan en cuenta la heterogeneidad de la oferta (por ejemplo, características del sistema de salud en la región) para no legitimar a través de la fijación de las UPC ineficiencias del sistema de la salud.*

Recomendación 3: *Se sugiere transitar a un mecanismo micro-económico para la determinación de la UPC, que para un conjunto de factores de riesgo se base en la minimización de la varianza de los gastos al nivel de los individuos. Mientras más responda la UPC al perfil epidemiológico de los afiliados menor será la rentabilidad de las estrategias de selección de riesgo por parte de las EPS.*

Recomendación 4: *Se propone cambiar la cuenta de alto costo por un mecanismo de risk sharing for high cost en el cual las EPS compartan los gastos del 5% de sus afiliados más costosos. Las EPS tendrían que contribuir con una prima al financiamiento de este grupo de afiliados. Como los gastos en salud al nivel de la población se concentran en muy pocos afiliados, la implementación de este mecanismo permitiría limitar drásticamente los incentivos de las EPS para seleccionar los riesgos. Esta transformación de la cuenta de alto costo la haría funcionar más como un mecanismo tradicional de reaseguramiento.*

Estas recomendaciones no son totalmente específicas a la implementación del eje 1. Son propuestas de reforma que aún en ausencia de un tránsito hacia un esquema que incluya una competencia marginal en precios, serían deseables para mitigar la selección de riesgo y también (en el caso de una nueva aproximación a la determinación de las UPC) para transitar a un esquema que opere con mayores niveles de eficiencia.

Eje 2: Mecanismo de competencia por comparación (*yardstick competition*)

El objeto del eje 1 era sumar a la competencia en calidad una competencia en primas, para que la competencia entre EPS sea más efectiva, y por lo tanto, conduzca a un mejoramiento de la eficiencia de la gestión de los recursos destinados al subsidio de la demanda de salud. Sin embargo, la introducción de una competencia marginal en precios no constituye la única manera de introducir incentivos para que las EPS manejen de forma más eficiente el dinero de las UPC. En efecto, la teoría de la regulación nos enseña que se puede proponer una competencia ficticia, conocida bajo la expresión genérica de competencia por comparación (Shleifer, 1985). La adaptación de este mecanismo implicaría que la fijación

de las UPC no dependa solamente del perfil epidemiológico de los afiliados, sino también de indicadores de eficiencia relativa al nivel de las EPS (por ejemplo, tasas de mortalidad por causas evitables de la población afiliada, tasas de vacunación de la población de menores afiliada, *etcétera*). El término relativo se refiere que la UPC que recibiría cada EPS por cada afiliado, además del perfil epidemiológico del afiliado, dependería de la comparación de estos indicadores de eficiencia con los de sus competidores. Más precisamente, una EPS con mejores indicadores recibiría por el mismo afiliado, una UPC más elevada que una EPS que hubiera demostrado menos eficiencia. Nótese que en este caso, la introducción de un incentivo de eficiencia para la fijación de la UPC cumple un efecto similar al que tendría la competencia en calidad entre EPS si fuera efectiva para disciplinar el mercado a través de cambios en las participaciones de los jugadores, sólo que en este caso el canal sería la diferenciación en los precios (UPC) y no un cambio en las participaciones de mercado.

En síntesis: *Se propone adaptar elementos de un mecanismo de competencia por comparación en el cual la UPC recibida por una EPS por cada afiliado dependa también de resultados relativos que reflejen el buen manejo de los recursos. Para ello se deben identificar indicadores fácilmente construibles que permitan medir aspectos de la eficiencia realtiva en la prestación del servicio. Los resultados de estimaciones de fronteras de eficiencia pueden también dar insumos para tal implementación. Los indicadores de eficiencia relativa servirán no sólo para premiar a los mejores a través de la determinación de la UPC, sino también para transmitir información que permita a los afiliados elegir su asegurador sobre la base de criterios objetivos (impulsando por esta vía la compentencia entre EPS), en el espíritu de una sunshine regulation.*

A continuación se proveen recomendaciones dirigidas a mitigar otros de los problemas de competencia identificados en el sector de la salud en Colombia.

Otras recomendaciones

Integración vertical

El tema de la integración vertical ha sido muy polémico en el sector de la salud colombiano, con frecuencia por las razones equivocadas, pues la polémica no ha estado asociada con el uso de prácticas restrictivas de la competencia dirigidas a aumentar los costos de los rivales o a cerrarles el acceso al mercado (*vertical foreclosure*) que es la preocupación que levanta la integración vertical en la literatura económica. En efecto, las regulaciones a la integración vertical, en particular el límite de 30% del gasto impuesto por la Ley 1122 de 2007 a las EPS del régimen contributivo para contratar servicios con IPS de su propiedad, no evita la posibilidad de incurrir en estas prácticas y en cambio posiblemente limita las potenciales eficiencias de una integración vertical más completa.

Recomendación 5: *Se propone suprimir este límite superior que restringe la integración vertical en el caso de las EPS del régimen contributivo y, en lugar de dejar las decisiones de la integración vertical sujetas a obligaciones de Ley, se sugiere que el control de las integraciones se deje en manos de la SIC (como de hecho está, de acuerdo con la normatividad de competencia). En otras palabras, la integración vertical no debe ser objeto de regulación sino de control ex ante, de modo que se permita en los casos en los que trae consigo evidentes ganancias de eficiencia y se someta a los agentes integrados a una adecuada supervisión para garantizar que la competencia no se vea perjudicada⁶.*

En el sector de la salud colombiano, la integración vertical ha sido también utilizada para inflar los gastos que se facturan al FOSYGA en el caso de los recobros. Este es, sin

⁶ El límite inferior de contratación de 60% de los servicios de las EPS con IPS públicas limita claramente la competencia en el régimen subsidiado. Es posible que este límite tenga otros propósitos que están afuera del alcance de la política de competencia, por lo cual se no se hará un pronunciamiento al respecto.

embargo, un desarrollo que no es inherente de la integración vertical y que más bien surge de otros problemas en el diseño del sistema de salud que van más allá del alcance de la política de competencia. Para resolver este problema, se propone lo siguiente:

Recomendación 6: *Con respecto al tema de los cobros nuestra sugerencia va en la misma dirección que la implementación de los valores máximos de cobro de la Ley 1438 de 2011. Para evitar que la disponibilidad de redes propias se utilice para la obtención de rentas a través del sistema de cobros, se debe regular el precio pagado por estos cobros. Esta función debe ser asumida por la CRES o directamente por el Ministerio de Protección Social (hoy Ministerio de Salud).*

Recomendación 7: *Se propone el uso de un POS negativo en lugar del POS positivo para definir los tratamientos/procedimientos que serán sujetos a la aplicación de los mecanismos de cobros.*

Mercados de profesionales de la salud

Durante las investigaciones y entrevistas llevadas a cabo en desarrollo de este trabajo, se mencionaron los problemas que genera la concentración en algunos de los mercados de especializaciones de la medicina. La insuficiente oferta de determinadas especializaciones o incluso de médicos generales en algunos mercados geográficos, es resultado de fallas de mercado que requieren intervenciones directas del Gobierno para ser mitigadas. La siguiente recomendación propone reformas dirigidas a contrarrestar este problema.

Recomendación 8: *Se propone: 1) avanzar en la realización de estudios para evaluar las necesidades del país y sus regiones en las varias especializaciones; 2) introducir una política de concurso a nivel nacional para asignar los cupos de las especializaciones, de forma que se asegure la mejor correspondencia entre la calidad de los admitidos y las necesidades del país en cada especialización; 3) invitar pares extranjeros a participar en*

el diseño y evaluación de estos concursos para disminuir la posibilidad de manipulación de la concentración de los mercados de cada especialidad; y 4) diseñar un esquema de primas monetarias para incentivar a los especialistas a instalarse en zonas con bajas densidad médica (de cada especialización) para luchar contra los “desiertos médicos”.

Mercados de medicina prepagada

Aunque involucran todavía pocos afiliados, los mercados de medicina prepagada y de seguros médicos privados tienden a responder a una estructura de mercado de dos lados, por lo que las recomendaciones de la política de competencia son generalmente diferentes que las que aplicarían a otros mercados (de un lado).

Recomendación 9: *Se recomienda que en caso de cualquier investigación eventual por parte de la SIC en los mercados de medicina prepagada o de seguros médicos, se tenga en cuenta la estructura de mercados de dos lados que los caracteriza y que hace que las recomendaciones tradicionales de política de competencia no apliquen.*