



# servatorio de la seguridad social

GRUPO DE ECONOMIA DE LA SALUD ~ GES

## Oferta del seguro público de salud en Colombia

Una de las creaciones más sobresalientes en los mercados de salud en las últimas décadas, la cual fue introducida en Colombia a través de la Ley 100 de 1993, se refiere a las entidades administradoras del seguro de salud que cumplen una función de articulación entre el financiamiento y la prestación de servicios. En el país, las Entidades Promotoras de Salud -EPS- y las Administradoras del Régimen Subsidiado -ARS- fueron creadas para actuar en un marco de competencia y administrar el seguro y la unidad de pago per cápita -UPC-, empleada para cubrir el valor de los servicios contenidos en el Plan Obligatorio de Salud -POS-.

En esta Observación se presenta, como producto del proyecto *Organización industrial del seguro público de salud en Colombia*, una aproximación a la estructura, la evolución y el comportamiento del mercado conformado por las EPS y las ARS. Estas entidades se toman como unidad de análisis para establecer la configuración del mercado en cuanto a la oferta de aseguramiento en los municipios del país: número de

entidades, naturaleza jurídica y cuota de mercado. El análisis se enmarca en los aspectos teóricos y la presentación del marco regulatorio sobre el seguro público de salud; además, se emplean varios indicadores para determinar la concentración del mercado y se sugieren algunos hechos o hipótesis acerca del comportamiento que asumen EPS y ARS para permanecer en el mercado.

Como conclusión, se señala que si bien a nivel nacional se observa un número plural de entidades, lo cual sería un indicio de competencia, en la gran mayoría de municipios se cuenta con una o muy pocas que dominan el mercado, y solamente en las grandes ciudades se corrobora una verdadera competencia. Al parecer, se sigue una estrategia de posicionamiento en el mercado mediante la diferenciación por plaza. Por otra parte, se perciben algunas estrategias para reducir y controlar los costos, como la participación en la prestación de servicios de salud con mayor rentabilidad. Por último, es importante continuar observando el mercado para establecer los factores de éxito de EPS y ARS.



UNIVERSIDAD  
DE ANTIOQUIA

1 8 0 3

FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS  
CENTRO DE INVESTIGACIONES ECONOMICAS

CIE

## 1. Aspectos teóricos:

### *El seguro de salud y su oferta*

El análisis económico de la salud parte de reconocer la incertidumbre a la que se encuentran sometidos los individuos, en relación con el monto de recursos que destinarán al pago de servicios médicos, debido a que no conocen el momento en que pueden enfermar, el tipo y grado de la enfermedad, los tratamientos disponibles y sus costos y efectos previsibles (Arrow, 1963).

En otras palabras, no es posible determinar cuánto se va a gastar en salud. Las necesidades reales pueden ser cercanas a cero, en el caso en que no haya enfermedad o no se considera necesario acudir a los servicios de salud, o muy grandes si se trata de enfermedades catastróficas que deterioran el patrimonio familiar y pueden llevar a la ruina debido a los gastos elevados.

### *La importancia del seguro de salud*

El seguro de salud ofrece la solución al problema de la incertidumbre financiera, de modo que por una parte garantiza que las personas reciban atención médica sin que sea necesario realizar desembolsos de dinero, o estos son muy pequeños, ya que de manera anticipada se realiza el pago de una prima a la compañía de seguros para que sea ésta quien asuma el riesgo financiero; así, la prima constituye para el consumidor una parte regular de su gasto, sin exposición al deterioro en su patrimonio.

Por otra parte, el seguro también brinda incentivos a la oferta de servicios, de manera que para los prestadores existe la certeza de que alguien va a cubrir el gasto correspondiente a las atenciones médicas que en otro escenario corrían el riesgo de no ser pagadas o la demanda sería inestable y, por tanto, no permitiría cubrir los costos de inversión.

### *Los problemas del seguro*

El seguro de salud enfrenta varias dificultades, con efectos importantes sobre la eficiencia y la equidad que son objeto de estudio de la economía de la salud e implican acciones prácticas en materia de regulación, financiación y provisión públicas (Cutler y Zeckhauser, 1999). En primer lugar, al desaparecer el precio como mecanismo de negociación entre el proveedor y el paciente, se genera el problema conocido como *riesgo moral*: a ninguno de los dos agentes (prestador y usuario) les interesa, con un seguro que paga, escatimar en el gasto, y es por eso que se

genera un consumo innecesario, superior al que se obtendría en un escenario sin seguro (Stiglitz, 1988).

En segundo lugar, ya que se parte de un mercado con información asimétrica, en donde el asegurado posee mucha más información sobre su estado de salud que el asegurador, se da la *selección adversa* que consiste en una concentración de la demanda por el seguro en la población más vulnerable, la que requiere mayores gastos de atención médica; en consecuencia, la teoría señala que el mercado se destruye y no habría seguro por cuanto las personas de más bajo riesgo se retiran en la medida en que suben las primas (los limones malos desplazan a los limones buenos; Akerlof, 1970). Pero el problema no se queda acá, ya que como una reacción a este fenómeno, las compañías de seguros aplican *selección de riesgos* y tienden a dejar por fuera a aquellas personas vulnerables.

Y en tercer lugar, por las características de la producción del seguro de salud, se ocasionan problemas de eficiencia asociados al *tamaño de las compañías* de seguros y los gastos administrativos y de publicidad en que éstas incurren. El mercado de seguros tiende a estar caracterizado por la participación de pocas entidades oferentes (oligopolio) y a desarrollar una competencia muy fuerte entre las diferentes compañías para capturar el mayor número de afiliados, lo cual ocasiona la elevación de los costos administrativos como porcentaje de la prima del seguro (Donaldson, 1992).

### *Oferta del seguro de salud y su regulación*

La oferta del seguro de salud está caracterizada por el cálculo de los riesgos. Este hecho encuentra sustento teórico en la denominada ley de los grandes números, la cual aplica a la teoría de seguros de salud y enseña que entre mayor sea el tamaño del grupo de personas que conforman un seguro, la distribución del riesgo entre ellas se aproximará a lo que sucede en el universo de la población. En estas condiciones, el promedio de los gastos en que incurre el asegurador para cubrir eventos puede ser estimado con mejor precisión y se reduce la incertidumbre respecto a los costos que enfrenta, posibilitando su viabilidad financiera (Folland, 1997).

Para evitar que una aseguradora quiebre por la presencia de individuos muy costosos (selección adversa), se desarrollan reaseguros para las enfermedades de alto costo y otras modalidades de agrupación de riesgos que busquen mantener el tamaño adecuado.

Además de contar con la oferta privada del seguro, en el desarrollo de los sistemas de salud se han contemplado otras posibilidades para su administración y provisión, las cuales, en buena medida, dependen de las políticas sobre salud y seguridad social. El ejemplo más destacado sobre el desarrollo del seguro privado con un propósito de eficiencia, consiste en las Health Maintenance Organizations -HMOs-, las cuales están basadas en un esquema de competencia administrada, una cierta autorregulación del mercado encaminada a ofrecer planes de salud baratos y de buena calidad (Enthoven, 1988).

También se han desarrollado esquemas de provisión dominados por un monopolio estatal (los institutos de seguros sociales), los cuales vienen siendo revisados para dar una mayor participación al sector privado, de modo que el principal reto de la política pública consiste en diseñar y poner en práctica esquemas de regulación efectivos para garantizar la eficiencia y la equidad. Dentro de los caminos que se siguen se encuentra la adopción de un mecanismo de pagos compartidos, entre el seguro y sus beneficiarios, y formas de contratación de los proveedores; la creación del seguro obligatorio y algunas regulaciones sobre la conducta de los agentes que ofrecen el seguro; y la regulación sobre el manejo de los riesgos y la competencia, estableciendo por ejemplo un reaseguro obligatorio y definiendo un tamaño mínimo para las aseguradoras.

### ***Las EPS y las ARS en Colombia***

El sistema colombiano de seguridad social en salud sigue en buena medida el esquema de pluralismo estructurado (Frenk y Londoño, 1997), organizado en torno a cuatro funciones básicas (modulación, financiamiento, articulación y prestación) en donde se procura la integración de todos los agentes en torno al suministro de un plan único de salud, financiado con un pago por capitación.

En este esquema, las EPS constituyen una novedad importante y son el centro financiero: recaudan la cotización, descuentan la capitación correspondiente a cada uno de sus afiliados y administran el plan de salud para éstos mediante la prestación directa o la contratación de servicios con otros agentes. Las EPS actúan entonces en el marco de un contrato público implícito, son delegadas por el Fondo de Solidaridad y Garantía -Fosyga-, y hacen parte de un mercado altamente regulado en donde el producto (POS), el precio (UPC) y ciertas pautas para la entrada y operación en el sistema están determinados por las normas (ver esquema).

Las ARS, por su parte, siguen esta misma lógica pero, a diferencia de las EPS, participan en el régimen subsidiado y su capitación y población se asignan por parte de una entidad territorial (el municipio), enmarcados en la firma de un contrato. Esta diferencia de partida se centra en el carácter de la demanda, de manera que mientras el acceso a una EPS está determinado por la libre elección del contribuyente, en el caso de las ARS esta elección está mediada por el comportamiento de un ente público que subsidia la afiliación de la población pobre.

### **2. Configuración del mercado de EPS y ARS**

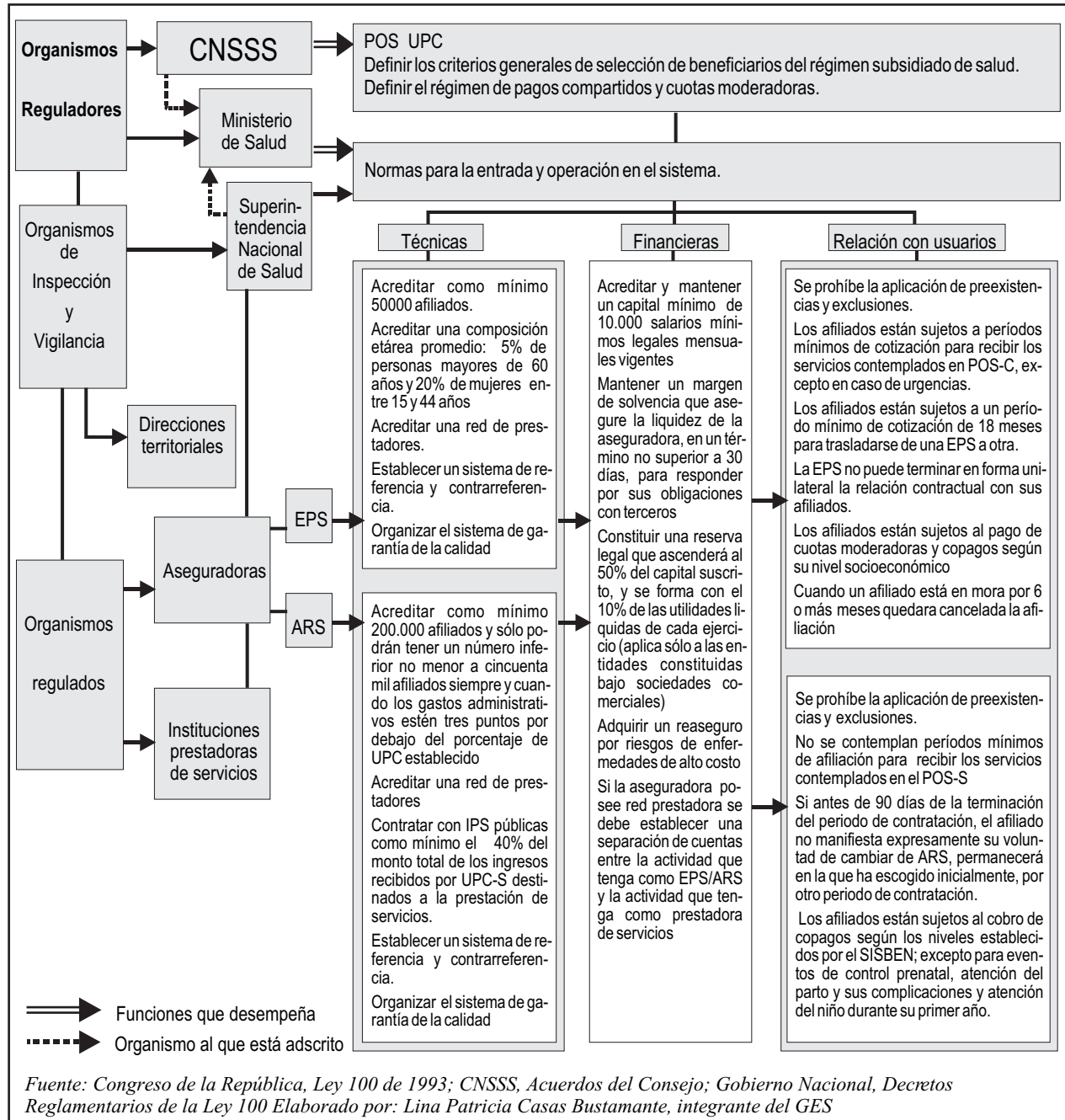
A partir de la teoría de la organización industrial (OI), a continuación se ofrece una explicación acerca de la configuración de la oferta del seguro de salud en Colombia.

#### ***¿Cuántas son en el mercado nacional?***

En 1994, el seguro público de salud era ofrecido por el Instituto de Seguros Sociales -ISS- y diversas cajas y fondos de previsión de entidades públicas. Se trataba de un monopolio estatal que brindaba protección a la población trabajadora del sector privado, en el primer caso, y a los funcionarios públicos, en el segundo. Con la extensión del seguro a la familia de los cotizantes y a la población pobre, se estableció la liberalización de este mercado mediante la creación de las EPS y, como otra novedad importante, se amplió la oferta del seguro para cubrir a la población del régimen subsidiado. De este modo, el número de afiliados se ampliaría de 7.5 millones de personas en 1994 hasta 22 millones en 2000 (GES, 2001).

A partir del impulso inicial, en el régimen contributivo se produjo un agotamiento rápido en el número de EPS y la consolidación de varias de ellas, como rivales fuertes del ISS. En diciembre de 1999, se presentaba una oferta de 28 EPS, de las cuales 18 eran privadas, 9 públicas y una mixta, donde las primeras alcanzaron una participación del 54%, mientras las EPS públicas registraron una disminución en su participación, quedando con el 46% de la población afiliada (el ISS continúa con el liderazgo en el mercado, con el 36%). En contraste, en el régimen subsidiado se dio una proliferación de entidades, en particular de tipo solidario. En 2000 se contaba con 239 ARS, de las cuales 10 correspondían a EPS privadas, 6 a EPS públicas, 46 a Cajas de Compensación Familiar -CCF- y 177 a Entidades Solidarias de Salud, ESS.

**Esquema: Regulación del mercado de aseguramiento de salud en Colombia**



**¿Dónde están? (selección de plaza)**

Al analizar el comportamiento de las entidades respecto a la distribución del mercado, tomando como referente la categoría económica de los municipios según su tamaño funcional, se percibe que el régimen contributivo presenta una relación directa entre las categorías de los municipios y la distribución de

los afiliados a las EPS privadas, pues como se observa en el cuadro 2, la tendencia de éstas es a concentrarse en las regiones de mayor desarrollo económico (municipios de categoría 1 y 2, respectivamente). Por su parte, las EPS públicas tienen una distribución más uniforme y, a diferencia de las primeras, hacen más presencia en los municipios de menor nivel económico. Este resultado es consistente con el he-

**Cuadro 1: Mercado de aseguramiento de salud en Colombia, 1996-2000**

A. Régimen Contributivo		1996	1998	2000
EPS	Número	30	30	27
	Promedio de afiliados	440.062	426.484	456.961
EAS	Número	30	22	20
	Promedio de afiliados	17.548	11.170	7.240
Total	Número	60	52	47
	Total de afiliados	13.728.297	13.040.256	12.482.744
	Promedio de afiliados	292.091	277.452	265.590

B. Régimen Subsidiado		1996	1998	2000
EPS	Número	18	19	16
	Promedio de afiliados	165.163	189.540	221.917
	% de participación	50%	43%	37%
CCF	Número	27	42	46
	Promedio de afiliados	42.980	36.739	45.517
	% de participación	19%	18%	22%
ESS	Número	144	176	177
	Promedio de afiliados	12.836	18.358	21.842
	% de participación	31%	39%	41%
Total	Número	189	237	239
	Total de afiliados	5.981.774	8.375.261	9.510.566
	Promedio de afiliados	31.650	35.339	39.793

Nota: (\*) población afiliada al ISS

Fuente: Superintendencia Nacional de Salud. Cálculos GES-CIE

cho de que las EPS públicas poseen la mayor cobertura geográfica en el país, como es el caso del ISS y Cajanal, quienes prestan servicios en el 76.9% y 74.3% de los municipios.

**Cuadro 2. Afiliados a la seguridad social en salud y tipo de municipio (% de población afiliada)**

Tipo de municipio	Régimen Contributivo 1999		Régimen Subsidiado - 2000			
	EPS privadas	EPS públicas*	EPS privadas	EPS públicas	CCF	ESS
Centro 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 sub-regionales mayores	17%	16%	12%	11%	14%	13%
Centros sub-regionales intermedios	5%	9%	15%	16%	14%	17%
Centros locales	3%	10%	35%	49%	22%	42%
Si n clasi ficación	1%	0%	1%	1%	0%	2%

Fuente: Superintendencia Nacional de Salud.

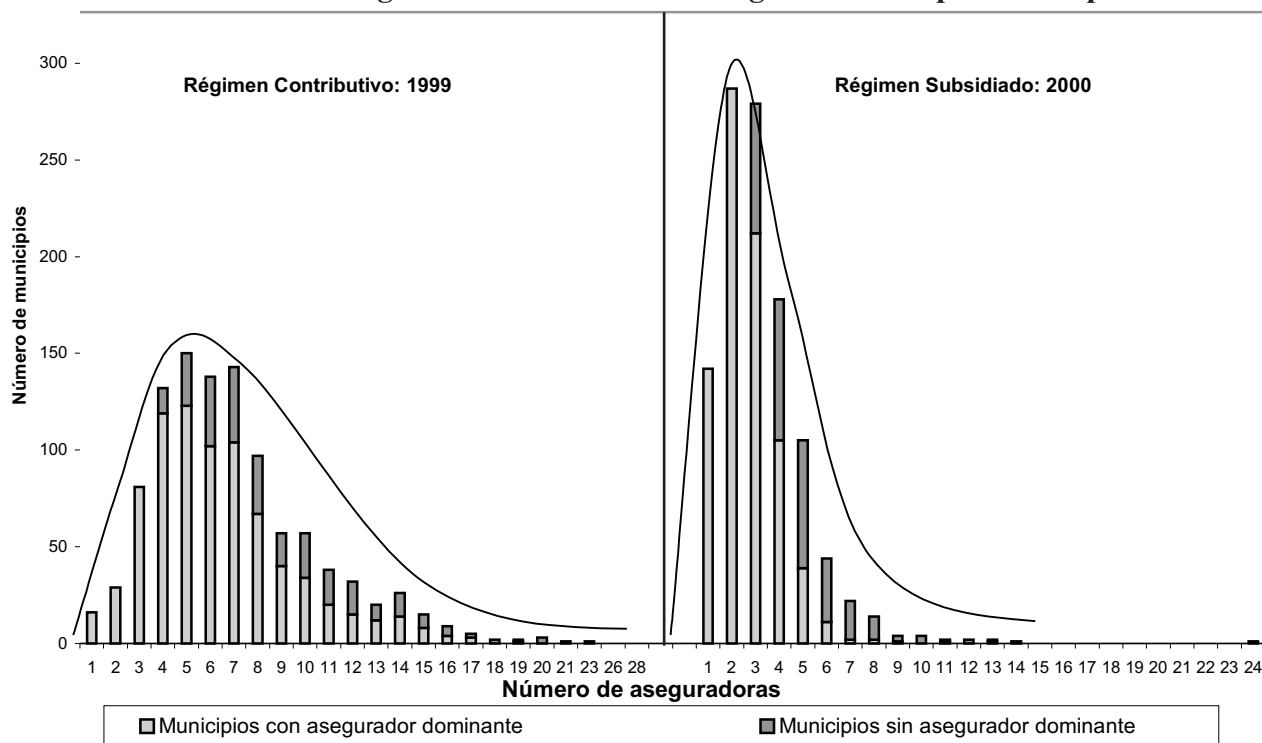
\*Sin ISS

En cuanto al régimen subsidiado, se observan diferencias en 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. Estas últimas, por su parte, capturan un mayor porcentaje del mercado a medida que se va descendiendo en el grado de desarrollo funcional de los municipios, en comparación con las otras ARS, especialmente en aquellos municipios clasificados como *centros locales* (grupo 7). Cabe anotar que en estos centros los cuatro tipos de ARS poseen un porcentaje significativo de afiliados, no sólo porque la mayoría de los municipios del país pertenecen a este grupo (761 municipios) sino porque la cuota de mercado que poseen estas entidades es significativa -69% del mercado en promedio- y en la mayoría de los casos, equivale al total del mercado.

#### *La concentración en los mercados locales*

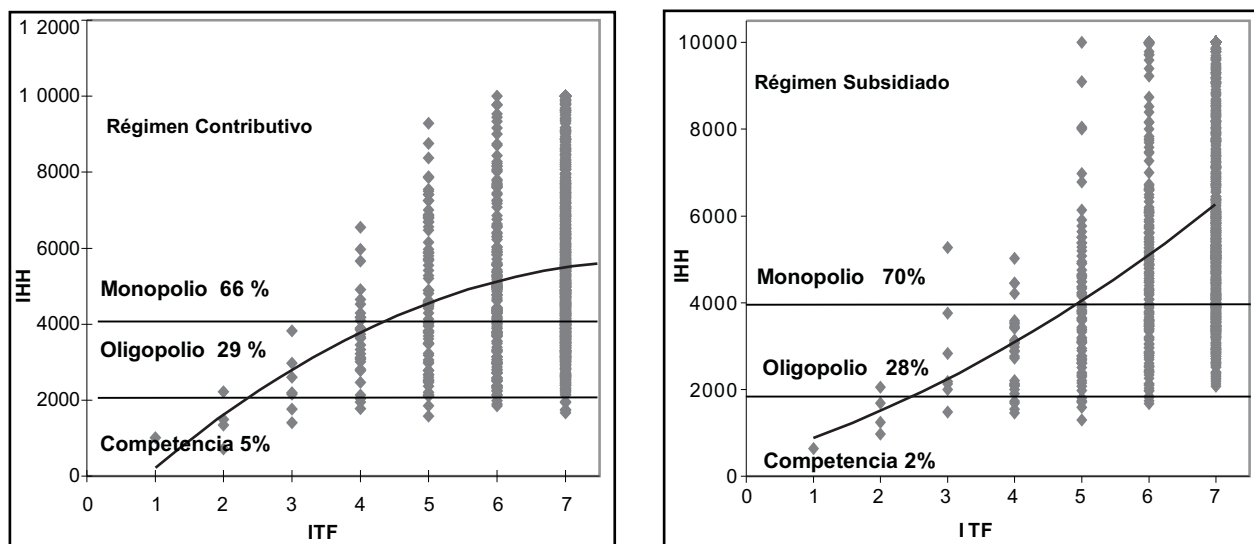
El análisis se aborda, en principio, mediante un índice de cuota de mercado (IC)<sup>1</sup> para cada uno de los municipios del país. Con este índice, se encuentra una alta concentración en el régimen contributivo (ver gráfico 1), donde el 56% de los municipios poseen una EPS dominante (más del 50% del mercado) y ésta, como un promedio en el conjunto de municipios, presenta una concentración del 73%. Se observa cómo los municipios con una oferta reducida, es decir, con presencia de una o muy pocas entidades, son los denominados *centros locales* que pertenecen a la categoría más baja (7), donde la EPS que presta el servicio es principalmente de naturaleza pública, el ISS, con presencia en el 81% de estos municipios.

Gráfico 1. Presencia de aseguradores en el mercado según su oferta por municipio.



Fuente: Supersalud. Boletines estadísticos. Cálculos CIE.

Gráfico 2. Colombia: Índice de tamaño funcional de los municipios vs. Índice de concentración del mercado de los aseguradores (ITF vs. 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: Supersalud, Boletín de estadística (dic 2000). Ministerio de Desarrollo Económico, 1998. Cálculos CIE

Si bien, se espera que el poder de monopolio disminuya a medida que la oferta de mercado aumenta, se presentan casos especiales en los que a pesar de presentarse una oferta promedio de 4 y 7 EPS, aún se tiene un porcentaje promedio de dominio de 72%, nivel que clasifica el mercado como altamente concentrado. Por otra parte, se tiene la tendencia competitiva en el caso de la *metrópolis nacional y regionales* (entre las que se encuentran Medellín, Cali y Barranquilla), con una oferta plural superior a 20 EPS, sin evidencia de concentración de mercado por ninguna de ellas.

En cuanto al régimen subsidiado, se observa una oferta plural de ARS por municipio el -52% posee entre 3 y 5 ARS-; pero, al introducir el criterio de empresa dominante, se observa que el 74% de los municipios cumple con este criterio y que en promedio la ARS dominante posee el 77% del mercado. En el gráfico 1 puede observarse que el régimen subsidiado presenta, en principio, una menor competencia en comparación con el régimen contributivo, pero al interior de los municipios el grado de concentración es menor.

Adicionalmente, se utiliza el índice de Hirshmann-Herfindahl<sup>2</sup>-IHH- como herramienta para consolidar el análisis sobre estructura de mercado y las evidencias de concentración. En este marco, al elaborar el análisis por municipio, se encuentra la tendencia del régimen contributivo a caracterizarse como un mercado monopolístico, en el 66% de los municipios del país, mientras el 29% posee una tendencia oligopólica y solo el 5% presenta indicios de competencia en el mercado. De nuevo, los municipios con las categorías inferiores son los que poseen mayores indicios de tendencia monopolística, ya que el campo para la competencia en este mercado se desarrolla de manera más abierta en los municipios de mayor tamaño (ver gráfico 2).

De igual manera, en el régimen subsidiado se encuentra que el índice varía notablemente entre los diferentes tipos de municipio. *El centro metropolitano nacional*, posee el IHH más bajo del país, referido a un mercado con tendencia competitiva; asimismo, para los municipios clasificados como *centros me*

*tropolitanos regionales* el índice promedio señala la existencia de un mercado con tendencia competitiva. Por su parte, los grupos 3 y 4 (*centros regionales mayores y centros regionales intermedios*, respectivamente) poseen un índice promedio que marca una tendencia de mercado oligopólica; a partir de estos grupos, la tendencia del mercado es monopolística en los centros sub-regionales mayores e intermedios y en los centros locales.

### 3. Una aproximación a la conducta

La conducta de las EPS y ARS, estudiada a través de la aplicación de una encuesta y de entrevistas a directivos de varias entidades, refleja la lucha por la consolidación y posicionamiento en el mercado. Aunque se trata de resultados preliminares, sin que se pueda generalizar, se identifican las siguientes estrategias.

#### ¿Cómo participan en el mercado?

Se encuentran diferencias entre las entidades en cuanto a la participación en el mercado, las cuales se relacionan directamente con su objetivo comercial y el régimen que asisten. Siguiendo las preferencias reveladas por los agentes, se distinguen las entidades que persiguen beneficios económicos, por configurar prioritariamente los mercados en zonas geográficas que poseen más de 500,000 habitantes y su población urbana se encuentra entre 90% y 100%; entre tanto, las entidades sin fin de lucro (ESS, CCF y entidades públicas) tienen más presencia en los municipios que poseen entre 0 y 100,000 habitantes, en los cuales su población rural se encuentra entre 50% y 100%; adicionalmente, como rasgo común para todas las entidades, se prefiere los municipios que no se encuentren muy distantes de las capitales de los departamentos (entre 0 y 3 horas en transporte terrestre).

En particular, las EPS también consideran el número de ocupados en actividades formales, predominantemente en la industria, y hacen especial énfasis en captar entidades entre 51 y 200 empleados. Asimismo, examinan otros factores característicos de los municipios, entre los que se encuentran la utilización de éstos como puntos clave en el cubrimiento de regiones con alta potencialidad de comercialización; la configuración del mercado en términos del número de competidores existentes y el estado de la oferta de servicios de salud, tanto en los aspectos referentes con su localización y accesibilidad como en su calidad.

Las aseguradoras enfatizan en el estado de dos instituciones particulares a la hora de tomar la decisión de participar en un mercado: por una parte, la situación de orden público del municipio y, por la otra, la confianza emitida por las direcciones locales de salud en el caso del régimen subsidiado en referencia al cumplimiento de los pagos a 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 subsidiarios del sistema de salud. De manera similar, las entidades que tienen conexiones con algún gremio, sector económico o empresas, buscan los municipios donde estos organismos le brinden apoyo, es el caso de las CCF, las cuales han evitado dispersarse geográficamente, y en cambio, han fortalecido su posición en el mercado donde ya tenían presencia con otros servicios.

### ***Estrategias de competencia: diferenciación del POS***

Las entidades coinciden en identificar como fortalezas propias, frente a las demás, la prestación de los servicios de salud, para lo cual afirman contratar la mejor oferta de servicios disponible. Por otra parte, las EPS utilizan las cuotas moderadoras como mecanismo de captación de afiliados, establecen las tarifas por debajo de quienes, en consideración de cada entidad, sean sus competidores más cercanos. Así, se evidencian mayores diferencias en las cuotas correspondientes a los afiliados cuyos ingresos base de cotización se encuentran por encima de 5 salarios mínimos, hecho que se relaciona positivamente con la preferencia de las aseguradoras por atraer el grupo de población pertenecientes a este nivel de ingresos.

De manera similar, las EPS lanzan al mercado planes complementarios (individuales o colectivos) para captar grupos específicos de población. En este orden de ideas, se pone a disposición de los afiliados una serie de beneficios adicionales que pueden agruparse en tres categorías: servicios en mejores condiciones de hotelería y la eliminación de la consulta general como barrera para el acceso a consultas con especialistas; prestación de servicios especializados con tecnología y medicamentos no cubiertos por el POS y tratamientos integrales con fines estéticos; y por último, cubrimiento total o parcial de las cuotas moderadoras y/o copagos.

### ***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 aseguradoras 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 pertenecientes al mercado de aseguramiento hacen grandes inversiones de capital en vistosas instalaciones y equipo de oficina.

En referencia a los costos asociados con la prestación de servicios, el abastecimiento dual de proveedores se encuentra como mecanismo efectivo para afianzar el cumplimiento de los contratos en los casos de la atención de servicios superiores al segundo nivel de complejidad. Adicionalmente, en un sistema de diferenciación de funciones y especialización de servicios, las tendencias generales siguen el camino de la integración vertical del aseguramiento con servicios de primer nivel de complejidad, donde las IPS propias atienden entre el 20% y el 50% de los eventos.

En el mismo sentido, utilizan su poder de negociación (otorgado por la cantidad de afiliados que posee) para pactar la forma de pago de los contratos, marcando como directrices de mercado la modalidad de capitación en los servicios de primer nivel y de promoción y prevención, y de niveles superiores cuando el número de afiliados sea lo suficientemente grande, caso en el cual 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 donde la entidad que provee el seguro se obliga a controlar y auditar el servicio de tales niveles.

### ***Regulación y perspectivas de mercado***

Las entidades aseguradoras declaran que el mercado al que pertenecen no se ha estabilizado completamente y consideran que la tendencia de éste apunta a la salida, asociación o fusión de algunas de las *Entidades* existentes para consolidar una estructura de mercado reducida y sólida, en los dos regímenes. Estas entidades consideran que existen problemas para el ingreso y desarrollo de las actividades, entre los cuales se destacan: inestabilidad en las normas, 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; la multifiliación, evasión y mora en los pagos de las cotizaciones



por parte de los afiliados.

Se identifican las siguientes normas como favorecedoras de las actividades en el mercado: el monto de capital, el mínimo de afiliados, los niveles de solvencia, porcentaje de composición etárea, acreditación de la red de IPS y la acreditación del sistema de información exigidos; las cuotas moderadoras y copagos. Las reservas obligatorias que deben realizar las aseguradoras se considera que no afectan las actividades y favorecen poco el monto de la UPC y el reaseguro establecidos en el sistema.

En coherencia con los hallazgos anotados anteriormente, las aseguradoras mencionan los siguientes aspectos que necesitan adicionarse o reformarse en la regulación. En primer lugar, identifican como necesidad que la vigilancia y el control que se hace 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 que se hace artificialmente; 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 concuerde más con los costos de la prestación de los servicios y garantice un permanente equilibrio a las entidades.

#### 4. Conclusiones

Los procesos que han seguido el régimen contributivo y el régimen subsidiado, en cuanto a la conformación de los mercados de EPS y ARS, respectivamente, presentan diferencias importantes en el número de agentes, su tipología y la evolución de su tamaño. En el régimen contributivo, se rompió el monopolio del ISS con la incursión rápida de un poco más de 20 EPS, número que prácticamente se conserva; entre estas entidades, hay tres de naturaleza privada que se destacan por aumentos notorios en su participación en el mercado.

En el régimen subsidiado, en cambio, se dio una proliferación de entidades de tamaño pequeño, predominando las de tipo solidario. Los cambios ocurridos a partir de la norma que obliga un mínimo de 200.000 afiliados (Decreto 1804 de 1999), además del retiro de varias entidades del mercado por pérdida de rentabilidad, llevan a un mercado con menos oferentes y más concentrado en entidades sin fin de lucro.

La configuración de estos dos mercados enseña el predominio de monopolio y oligopolio en la gran mayoría de municipios del país y sólo se encuentra evidencia de competencia en las cuatro principales ciudades del país. Esto da cuenta de una de las estrategias seguidas por las nuevas entidades, cual es la de diferenciarse a partir de la plaza; además, se aprecian intentos por competir en torno al monto de las cuotas moderadoras y los planes complementarios.

Finalmente, la percepción sobre la falta de regulación y la existencia misma de mercados concentrados, lo cual implica un bajo ejercicio de la libre elección y la posición dominante de ciertos agentes para controlar la afiliación y la contratación con los prestadores, justifica profundizar el análisis sobre la regulación para generar alternativas orientadas a mejorar el desempeño del mercado. Asimismo, es importante continuar el análisis acerca de los diferentes arreglos y estrategias que vienen predominando entre las entidades aseguradoras y entre ellas y el sector de prestación de servicios, de modo que se identifiquen factores de éxito o fracaso y se advierta también sobre ciertas prácticas que pueden influenciar el bienestar de los afiliados a la seguridad social.

Estos resultados son similares a los obtenidos en un estudio adelantado por el Centro de Proyectos para el Desarrollo -Cendex- de la Pontificia Universidad Javeriana, a cuyo equipo de trabajo se agradece sus aportes metodológicos y el intercambio de información.

#### Notas:

1. Índice de cuota de mercado (IC)

$$IC = \frac{\text{Total de afiliados de la aseguradora } i \cdot 100}{\text{Total de afiliados municipio } j}$$

Muestra la proporción entre el total de afiliados que posee una aseguradora *i* en un municipio *j* y el total de afiliados en ese municipio; valores superiores al 50% indican la presencia de aseguradoras dominantes y la concentración del mercado.

2. Índice de Hirshmann-Herfindahl (IHH)

$$IHH = (P_{ij}/P_j)^2 \cdot 10000$$

$P_{ij}$  corresponde al número de afiliados que posee la aseguradora *i* en el municipio *j*; este valor es agregado para cada una de las aseguradoras presentes en los municipios, de modo que un IHH inferior a 1800 indica la existencia de un mercado competitivo; entre 1800 y 4000 revela una tendencia oligopólica del mercado; y finalmente, un IHH superior a 4000 muestra una tendencia monopólica.

### Referencias Bibliográficas

AKERLOF, G. (1970). The market for lemons: quality uncertainty and market mechanism. En: Quarterly Journal of Economics.

ARROW, Kenneth (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care. En: American Economic Review. Vol. 5. No.53.

ASHTON, Toni et al (1997). Market concentration in secondary health services under a purchaser provider split: the New Zealand experience. En: Health Economics. Vol. 6.

BANCO MUNDIAL (1997). Innovations in health care financing. Paper No. 365, March 10-11.

CENDEX (2001). "Mercados de Aseguramiento, cobertura y financiamiento del régimen subsidiado de salud". Documento Técnico Ass/856-01, Bogotá.

CUTLER, David y ZECKHAUSER, Richard (1999). The anatomy of health insurance. NBER, WP 7176, Cambridge. 1999

DONALDSON, Cam y Karen Gerad (1992). Economics of health care financing: the visible hand, Mcmillan Press Ltd.

ENTHOVEN, A. (1988). Managed competition of a alternative delivery systems. En: Journal of Health Politics, Policy and Law.

FRENK, Julio y LONDOÑO, Juan (1997). Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. En: Observatorio de la salud: necesidades, servicios, políticas. México: Funsalud.

FOLLAND, Goodman (1997). The economics of Health and Health care. Second Edition. Prentice Hall.

GAYNOR, Martin et al (1994). Antitrust and competition in health care markets. En: Journal of Economics and Management Strategy. Volume 3. Issue. 1 Spring 1994. pp. 211-255

GRUPO DE ECONOMIA DE LA SALUD -GES- (2001). Cobertura del seguro de salud en Colombia. En: Observatorio de la seguridad social. Observación No.1. Junio.

MCGUIRE, Thomas G. The industrial organization of the market care: Introduction. En: Journal of Economics and Management Strategy. Volume 3. Issue. 1 Spring 1994. pp. 211-255

MIRANDA, Ernesto et al. Mercados de salud: morfología, comportamiento y regulación. En: Revista de la CEPAL. N°54 (dic., 1994). pp. 7-25.

NICHOLSON, Walter (1997). Teoría Microeconómica. Sexta Edición. España: McGraw Hill.

RESTREPO, Jairo H. (1999). El sistema colombiano de seguridad social en salud: ¿ejemplo a seguir?. En: Ramírez Berenice. La seguridad social: reformas y retos. México: Miguel Angel Porrúa. 1999. pp. 125-171.

RESTREPO Trujillo, Mauricio. La reforma a la seguridad social en salud de Colombia y la teoría de la competencia regulada. Santiago de Chile: CEPAL. Abril de 1997.

STIGLITZ, Joseph (1988). La Economía del sector Público. 2 edición. Barcelona: Antoni Bosch editor. España. 1988.

TIROLE, Jean (1990). La Teoría de la organización industrial. 1 edición. Barcelona: Editorial Ariel.

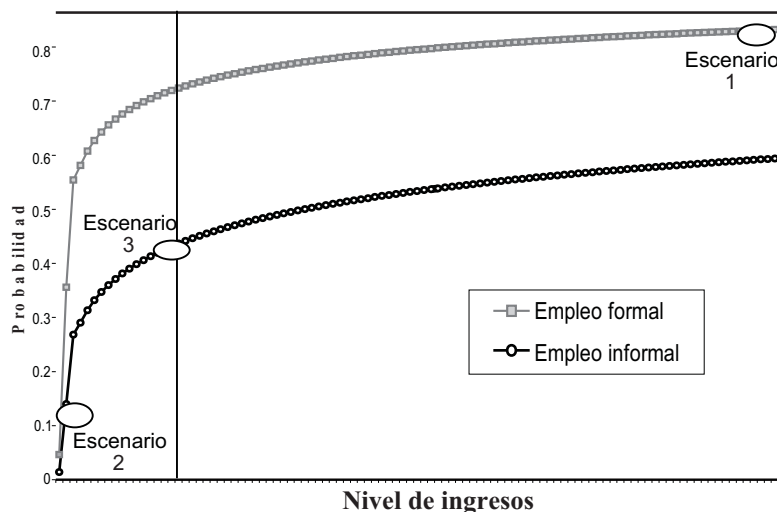
## Observación Estadística

### ¿Cómo entender la baja cobertura de la seguridad social?

Este ejercicio fue realizado en el marco del proyecto Cobertura y principales determinantes del régimen contributivo en Colombia: donde a partir de un modelo logístico simple, se construyó un escenario para una persona que por sus características socioeconómicas tiene alta probabilidad (0.83) de pertene

cer al régimen contributivo en calidad de cotizante: mujer de 35 años, profesional, con ingresos alrededor de 6 salarios mínimos y ubicada en zona urbana. La dinámica del ejercicio consiste en suponer que pierde su trabajo y luego comienza a desempeñar actividades informales. Dejando las demás variables constantes, se observa el cambio ocurrido en la probabilidad de estar afiliado como cotizante, dependiendo de su ingreso.

**Gráfico 3. Colombia: Probabilidad de ser cotizante al SGSS (el caso de una mujer joven, profesional y urbana)**



Fuente: Encuesta de calidad de vida ,1997 - C áculos GES-CIE

En el gráfico 3, el punto de partida es el escenario 1, ubicado en la línea superior. Cuando la persona pierde su empleo no percibe ingresos, pasa al escenario 2 con una probabilidad cercana a cero de cotizar al régimen. Posteriormente, si esta persona comienza a desempeñar actividades informales (escenario 3), percibiendo por ejemplo un salario mínimo, se alcanza una probabilidad de 0.44. En un caso extremo, si esta persona logra percibir con actividades informales los ingresos anteriores (seis salarios mínimos); esto no es razón suficiente para alcanzar la probabilidad anterior de ingresar al régimen; se mantiene una diferencia importante en términos de probabilidades (0.83 y 0.59) si es formal o informal, respectivamente.

## Observación Académica

### Economía y Salud Mental

A propósito del último informe de la OMS, en esta nota académica se presenta un resumen del vínculo entre economía y salud mental. En este sentido, es útil comenzar con las similitudes entre la economía de la salud y la economía de la salud mental, para luego concentrarnos en sus diferencias, que se constituyen en la parte central de este resumen.

Dentro de las grandes similitudes entre la economía de la salud y la economía de la salud mental, pueden mencionarse: la incertidumbre en términos de la ocurrencia de la enfermedad y la gran variabilidad en el tratamiento de la misma.

Sin embargo, el sector de salud mental contiene instituciones, profesionales y enfermedades que no son familiares al análisis de política y a especialistas en economía de la salud. Por estas características especiales, los investigadores coinciden en que este campo de estudio merece un análisis independiente.

En los sistemas de salud, por ejemplo, las características que diferencian la salud mental y el abuso de sustancias de otras enfermedades físicas son: el tratamiento para estas enfermedades es a menudo involuntario; las consecuencias sociales y los costos externos de la enfermedad son altos; la respuesta a incentivos financieros tales como el seguro es exacerbado y el papel del Estado es más representativo que el sector privado en el financiamiento de servicios.

En este sentido, se usan métodos económicos para entender por qué la enfermedad mental es tratada de manera diferente a otras enfermedades y la respuesta central incluye tópicos de selección adversa y riesgo moral; acciones de proveedor no contratables y externalidades. Así, se ha evidenciado que la enfermedad mental está entre las más prevalentes y discapacitantes y las formas más severas de ésta, reducen la habilidad de un individuo para funcionar en su papel de consumidor e interferir con la permanencia y creación de grupos sociales.

Además, se ha evidenciado que es una enfermedad costosa en términos de gastos directos en tratamiento o en términos de pérdidas substanciales como consecuencia de los desórdenes, imponiendo costos no sólo a los individuos sino también a las familias y

a la sociedad misma. Costos que han sido estudiados en términos del impacto de la salud mental en el empleo, en la productividad y en las ganancias, o el impacto en la actividad criminal, los accidentes en vehículos de motor, abuso y abandono infantil y divorcio.

Así, una amplia descripción de desórdenes mentales y aditivos y sus consecuencias sociales llevaron a dos conclusiones útiles en el análisis económico y de servicios de la salud mental.

1. La enfermedad mental, los desórdenes y el abuso de sustancias están prevalentes y asociados con una variedad de costos no incurridos por el individuo afectado. La existencia de estas externalidades significa, que descentralizar las decisiones de mercado podría tender a subvalorar el tratamiento efectivo para enfermedades mentales adictivas.

2. Los costos sociales están concentrados en el 4% de la población que experimenta las formas más severas de desorden. Estas personas presentan características especiales que las hacen clientes no deseables para aseguradores y empleadores. Así, en ausencia de algún factor compensatorio hay selección relacionada con beneficios privados vinculados a evitar que empleadores y aseguradores excluyan a personas con riesgo de desarrollar enfermedades mentales.

Finalmente, el argumento de riesgo moral para tratamiento especial de salud mental está basado en la preposición que la respuesta de la demanda a la cobertura del seguro para enfermedades mentales es más grande que para otros servicios médicos, y así la pérdida de bienestar de la cobertura es más grande.

Fuentes:

- Economics and Mental Health. En: Handbook of health economics. Cap 25. Vol 1B, pp 894-936. 2000.
- Mental Health: New Understanding New Hope. World Health Report 2001.
- Rao KS: Mental Health Around the World. Journal Indian Medicine Association. Apr; 99 (4).2001. Disponible en Medline.
- Singh B, Hawthorne G y Vos T: The role of economic evaluation in mental health care. En: Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 35(1), 104-117. Disponible en Medline.

## Actualidades del GES

### Investigaciones en curso

Régimen contributivo de salud en Colombia: cobertura y equilibrio financiero (CODI, U. de A.)

La organización industrial del seguro público de salud en Colombia (CODI, U. de A.)

Condiciones de acceso y sostenibilidad financiera del régimen subsidiado de salud en Antioquia (CODI, U. de A. Dirección Seccional de Salud de Antioquia).

**Trabajos de investigación presentados al II Congreso Internacional de Salud Pública: Accesibilidad al desarrollo y a los sistemas de salud, condición para el bienestar (Medellín, noviembre de 2001)**

Empleo y seguridad social en Colombia: la necesidad de replantear una relación que se diluye.

Instituciones eficientes para el desarrollo de los sistemas de salud: hacia un replanteamiento sobre el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud en Colombia.

Determinantes socioeconómicos del acceso potencial y real a los servicios de salud: régimen subsidiado de salud en Antioquia.

Síntesis de estudios de caso sobre accesibilidad a los servicios de salud en Colombia.

### Tesis de grado en segundo semestre de 2001

Efectos de los mecanismos de contención de riesgo moral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia. Programa de Economía.

### Pasantías, cursos y ponencias en el exterior

VIII Curso-Taller Legislación de salud. OPS/OMS/CISS. "Mecanismos Regulatorios Internacionales en Salud y Seguridad Social". México, D.F., del 3 al 7 de septiembre de 2001. (asistente: Sandra Rodríguez A.)

Curso- Seminario Internacional: Financiamiento de la seguridad social. CEPAL/ILPES, Santiago de Chile, septiembre 24 al 28 de 2001 (asistente: Jairo H. Restrepo Zea).

### Publicaciones recientes

GRUPO DE ECONOMÍA DE LA SALUD -GES- Economía de la Salud en Antioquia: ¿Qué queda de la Ley 100?. En: Observar, Informe de coyuntura social, No 4, Medellín, septiembre de 2001.

FUCHS, Victor. El futuro de la economía de la salud. (publicado En :Journal of Health Economics, Vol. 19, No. 2. 2000, pp.141-157); traducción del inglés: RESTREPO, Jairo y VÁSQUEZ, Johanna. En: Lecturas de Economía. No.55.

### Información institucional:

#### Rector:

Jaime Restrepo Cuartas.

#### Decano Facultad de Ciencias Económicas:

John Cardona Arteaga.

#### Director del CIE:

Jairo Humberto Restrepo Zea.

#### Integrantes del Grupo de Economía de la Salud:

##### Coordinadora:

Johanna Vásquez Velásquez.  
Magíster en Economía de la Salud. CIDE, México.  
jovasve@agustinianos.udea.edu.co

##### Profesores Universidad de Antioquia:

Jairo Humberto Restrepo Zea.  
jairo@catios.udea.edu.co.  
Esperanza Echeverri López.  
mechel@guajiros.udea.edu.com

##### Asistentes de investigación:

Verónica Salazar Restrepo.  
Sandra Rodríguez A. (estudiante de maestría)  
Lina Patricia Casas B.  
Durfari Janive Velandia N.

##### Estudiantes en formación:

Mónica Andrea Arango A.  
Gloria Patricia Rincón Mazo  
Carlos Enrique Gómez Vélez  
Juan José Rey Serrano (maestría)

##### Diseño y diagramación

Santiago Ospina Gómez

E-mail: ges@agustinianos.udea.edu.co  
<http://agustinianos.udea.edu.co/economia/ges>

*Las ideas y opiniones aquí expresadas sólo comprometen al Grupo de Economía de la Salud de la Universidad de Antioquia, o a sus autores cuando sean artículos firmados.*

