



Medellín, Agosto de 2006 AÑO 5 N° 13
ISSN 1657 - 5415

servatorio de la seguridad social

GRUPO DE ECONOMIA DE LA SALUD~GES

Resultados financieros del seguro público de salud en Colombia 1996 – 2005

La sostenibilidad financiera de los sistemas de salud es una preocupación que va de la mano con las consideraciones sobre los efectos de las reformas, en especial si se tiene en cuenta que éstas han sido adoptadas para resolver crisis financieras o, en menor medida, para aumentar la cobertura mediante la imposición de nuevas cargas que a la postre pueden resultar inviables. El análisis de sostenibilidad, en el caso de los sistemas basados en el seguro de salud, apunta entonces a examinar la posibilidad de que en el mediano y largo plazo las metas o los gastos en salud puedan ser cubiertos con los recursos que el propio sistema alcance a recolectar.

Para el caso latinoamericano, en un estudio reciente de la CEPAL (Mesa-Lago, 2005) se explora la situación de los sistemas de salud y se destaca que en la mayoría de países se mantiene como fuente principal las cotizaciones, con un porcentaje sobre el ingreso que varía entre países: 12% a 15% en cuatro países, 8% a 11% en la mayoría y entre 5% y 7% en tres. El estudio muestra que el balance financiero del seguro social entre 1999 y 2004 solamente fue positivo en cuatro países (Nicaragua, Salvador, Honduras y Guatemala).

Además, en cuanto al balance actuarial, se observa que las cotizaciones tendrían que elevarse para restablecer el equilibrio a largo plazo, como serían los casos de Venezuela (debería pasar del 6,25% al 13%), Panamá (de 8,5% a 10%) y México (de 12,4% a 14,7%), ya que aspectos como la informalidad, el envejecimiento de la población, la evasión y morosidad, el traspaso de parte de la cotización del seguro social a aseguradoras externas, y la insuficiencia del aporte estatal, entre otros, han generado desequilibrios.

Tomando en cuenta este panorama y dado que el estudio de la CEPAL concluye que las reformas no han logrado la sostenibilidad en la mayoría de los países, esta Observación presenta algunos resultados financieros del seguro público de salud en Colombia para el período 1996 a 2005, abordando prácticamente la historia del sistema desde su inicio. Se presenta una revisión sobre la teoría y la historia del seguro, y a continuación se diferencian los aspectos macro y micro de la financiación en el caso colombiano, con unas conclusiones finales para motivar la discusión y un mayor estudio sobre el tema en el país.



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

1803

**FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES ECONOMICAS CIE**

1. Aspectos teóricos e históricos del seguro de salud

En el modelo competitivo de la economía el precio contiene toda la información relevante, las decisiones de demandantes y oferentes no tienen influencia sobre éste, y por lo tanto los precios implican que las cantidades de los bienes y servicios disponibles en el mercado igualan la cantidad total de los mismos que se desean demandar. Sin embargo, para el caso de la salud, el economista Kenneth Arrow mostró que la industria de servicios médicos no se ajusta al modelo competitivo debido a la existencia de incertidumbre con respecto a la incidencia de las enfermedades y a la efectividad de su tratamiento, por lo que demanda por servicios está determinada por acontecimientos irregulares e impredecibles. Por otra parte, se requiere de mecanismos diferentes al mercado para realizar los ajustes que permitan alcanzar la eficiencia, como la acción colectiva y la coerción (impuestos), y garantizar así el financiamiento y la provisión de los servicios.

1.1 Justificación teórica del seguro

A partir de lo anterior, se reconoce la incertidumbre como la característica fundamental de los mercados de salud. Del lado de la demanda, las familias se enfrentan a la necesidad de incurrir en atenciones costosas y por tanto puede que no alcancen a ver realizada la atención, o en caso de lograrla sufren pérdidas financieras que las puede llevar a la ruina. Del lado de la oferta, al no existir certeza sobre el pago de las atenciones, los proveedores no tendrían incentivos para instalar una capacidad de atención acorde con las necesidades de la población. Estas dos situaciones resumen la idea de que los servicios de salud no serían provistos adecuadamente a través del mercado, dado el predominio de la incertidumbre, así que se requiere de opciones diferentes al intercambio de bienes y servicios entre el consumidor y los proveedores.

Es así como el seguro de salud sirve como instrumento para mejorar las condiciones de acceso de la población a los servicios. Con el seguro no solo se brinda a las personas dotación o habilidad para que se demanden los servicios, sino que también se busca solucionar la incertidumbre financiera que causa la posibilidad de enfermar, ya que las familias se desprenden del gasto impredecible en salud y cubren un conjunto de riesgos mediante el pago de una prima, esperando entonces que ante la ocurrencia de eventos y la necesidad de atención, el gasto se desplace a la compañía de seguros, la cual distribuye el riesgo entre grupos amplios de población para que al final la suma de los recaudos o aportes sea similar a los gastos demandados. Asimismo, para el caso de la oferta, el seguro mejora la certeza de que existen los recursos para pagar por los servicios que se prestan y por lo tanto se motiva la ampliación de la infraestructura y en general de las capacidades para prestar atenciones (Restrepo et al, 2006).

1.2 De dónde surge el seguro: Estado y mercado

El seguro de salud encuentra pues su justificación o surgimiento en el propio mercado. Sin embargo, en su origen se encuentran dos versiones diferentes, si se quiere contrapuestas, que se enmarcan en la manera como se concibe la relación entre Estado y mercado. En un primer caso el seguro nace en el mercado, bien desde las propias empresas que financian los gastos de atención médica de sus trabajadores, o bien como una opción que se ofrece

a las familias en la modalidad de medicina prepagada o pólizas de seguro. En el caso de las empresas, dado que ellas asumían gastos altos, se vieron obligadas a buscar alternativas para la financiación de la atención, dando lugar por ejemplo a firmas como la HMO (Health Maintenance Organization) en los Estados Unidos.

El seguro privado de Norteamérica

El sistema norteamericano puede considerarse del tipo competencia administrada en la atención en salud, como lo denomina Alain Enthoven (1993). En este sistema, se define una compra estratégica para obtener el máximo valor para los consumidores y empleadores, usando reglas de la competencia, en particular en el ámbito de los precios, aunque se trata de una prima anual para servicios de atención en salud comprensivos, no del precio para servicios individuales. El poder de compra descansa sobre un patrocinador o *sponsor*, que puede ser el empleador, una entidad gubernamental o una cooperativa, y que actúa en nombre de un gran grupo de afiliados, estructura y ajusta el mercado para evitar que los aseguradores se aparten del precio de competencia, realiza contratos con los participantes en los planes de salud, define reglas de equidad, administra los procesos de afiliación, crea elasticidad precio de la demanda y administra el riesgo.

Como lo anota Enthoven, los precursores del modelo competitivo son muchos, pero los orígenes de los competidores actuales son los grupos de medicina prepagada: grupos de prácticas multiespeciales que contrataban con las empresas o individuos para proporcionar un conjunto de servicios en salud comprensivos a cambio de un pago o prima periódica. Así, al inicio se introdujeron los planes de “proveedor limitado” o “panel cerrado” como una alternativa a la competencia, aunque se tuvo una fuerte oposición de los grupos de medicina organizados, quienes fueron superiores económicamente sobre el modelo tradicional. Igualmente, Enthoven considera que las primeras luces de este movimiento se encuentran en Ross Loos en Los Angeles (1929), Group Health Association en el Distrito de Columbia (1935), Group Health Cooperative of Puget Sound (1945), y Kaiser Permanent, con raíces en 1930.

El seguro social de Europa y el Estado de Bienestar

En un segundo caso, el seguro adopta la forma de un bien preferente y por lo tanto puede decirse que es producto del Estado de Bienestar, así que por medio de una serie de instrumentos se adopta la política de proteger a la población contra un conjunto de riesgos como enfermedades, accidentes de trabajo y otro tipo de problemas de salud.

En este sentido, González (2002) describe tres características de los sistemas de seguridad social: aseguramiento, solidaridad y equidad. En primer lugar, el aseguramiento de tipo obligatorio o bismarkiano se caracteriza porque los trabajadores constituyen un fondo de reserva que sirve para cubrir, en caso de necesidad, los gastos de salud, y para garantizar un ingreso mínimo cuando la persona por alguna razón no puede trabajar. En segundo lugar, la solidaridad en el seguro (modelo de Beveridge), dado que las contribuciones no favorecen solamente al conjunto de personas que aportan, sino también a las que no la hacen, opera dado que los titulares de ingresos primarios renuncian obligatoriamente a una parte de sus ingresos para constituir un fondo que suministrará a todos los miembros de la sociedad un nivel mínimo de recursos,

incluida la prima del seguro. Y en tercer lugar, en el caso de la equidad (modelo de Paine), todos los titulares de ingresos renuncian obligatoriamente a una parte de ellos para constituir un fondo que sirva para pagar incondicionalmente un ingreso uniforme a todos los miembros de la sociedad.

Carmelo Mesa-Lago (2005), partiendo de los principios de Beveridge y concentrándose en los de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), además de tener en cuenta factores como la globalización, la competencia internacional, el envejecimiento de la población, entre otros, considera que los principios convencionales de la seguridad social relativos a la salud son seis: universalidad en la cobertura; igualdad o equidad en el trato; solidaridad; comprensividad, suficiencia y calidad en las prestaciones; unidad, responsabilidad y participación social en la gestión; y sostenibilidad financiera.

1.3 El seguro de salud en Colombia

En el caso colombiano, la Ley 100 de 1993 adoptó los principios anteriores bajo el esquema de un seguro social que intenta superar el modelo de Bismarck y aproximarse al de Beveridge con la cobertura universal que habría de lograrse a través del régimen contributivo y del subsidiado. El sistema adoptado en Colombia buscó además dar fuerza a la regulación y separar las funciones de financiamiento (centrada en el Fondo de Solidaridad y Garantía como un monopolio público y complementada con el presupuesto general de la nación), aseguramiento (mercado de empresas promotoras de salud –EPS–) y provisión (mercado de instituciones prestadoras de servicios –IPS–), así como la participación de agentes públicos y privados en estos dos mercados. Además, de manera transitoria se mantendría un subsector público para la atención de la población no asegurada (vinculados), y también permanecería un subsector privado que ofrece un seguro privado (medicina prepagada y pólizas) y la provisión de servicios con pago directo de los pacientes.

Al adoptar el principio de eficiencia la Ley 100 pretendía que el seguro público de salud, al tiempo que cubriera a toda la población (universalidad), con una contribución solidaria adicional a los aportes fiscales, estuviera basada en el principio de eficiencia, de forma que los administradores del seguro (EPS) fueran remunerados en forma adecuada para garantizar la contención del costo, la realización de inversiones en salud y la atención de bajo costo, al tiempo que se promueve la competencia (Restrepo, 2002). Bajo este esquema, se permitió a los asegurados escoger a su EPS, mientras ésta debe garantizar el Plan Obligatorio de Salud (POS) definido por el gobierno central y que cubre al asegurado y sus beneficiarios.

2. Equilibrio financiero del sistema de seguridad social en salud

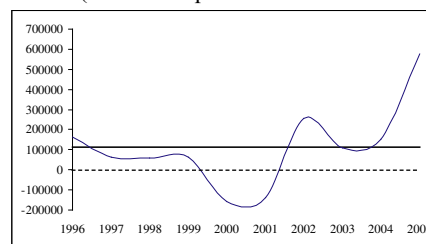
2.1 Régimen contributivo

El análisis del equilibrio financiero para el régimen contributivo está centrado en el saldo de la cuenta de compensación del Fondo de Solidaridad y Garantía, el cual se obtiene básicamente de la diferencia entre los recaudos por cotizaciones y los reconocimientos a las EPS para sufragar los gastos del POS mediante los recursos de la unidad de pago por capitación (UPC),¹ lo que se conoce

como proceso de compensación y que en la práctica no es más que la aplicación del principio de solidaridad, ya que la gente cotiza independientemente de su necesidad o del valor de la prima del seguro (la UPC) y todos reciben el mismo plan (el POS).²

La cuenta de compensación registró en 2005 un recaudo de \$6,7 billones, lo que corresponde a un 2,4% del PIB, monto originado en la cotización de cerca de siete millones de contribuyentes (empleados, empleadores, trabajadores independientes y pensionados). En cuanto a los gastos de la cuenta, se presentó una ejecución de \$6,1 billones, los cuales responden al reconocimiento de la UPC para cerca de 15,5 millones de afiliados, así como el pago por recobros de medicamentos y fallos de tutela por servicios médicos no incluidos en el POS. En resumen, el saldo de la cuenta de compensación para 2005 ascendió a \$576 mil millones.

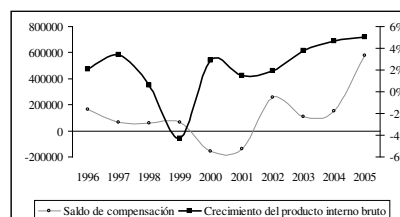
Gráfico 1. Colombia: saldo de compensación en el régimen contributivo de salud, 1996–2005 (Millones de pesos. Precios constantes de 2005)



Nota: La línea horizontal continua representa el valor promedio para el período (\$113.927 millones de pesos), y la línea discontinua representa el saldo neutro.
Fuente: Informes del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Cálculos GES – CIE U. de A.

El gráfico 1 muestra el resultado de la compensación del período 1996 a 2005, en pesos constantes del último año. Se observa un comportamiento cíclico: para los primeros años de operación del régimen contributivo y hasta 1998 el saldo fue positivo aunque con una tendencia a la baja; luego, en medio de la crisis económica de 1999, se presentaron los mayores descensos e incluso en 2000 y 2001 el saldo fue negativo; a partir de 2002 se presentó una recuperación destacada, y pese a registrar un menor valor en 2003, el saldo siempre ha sido positivo, alcanzando en 2005 las mayores cifras de la historia. Si se considera el saldo anual, en comparación con el promedio de todo el período, se tiene que solo en los últimos años el saldo ha estado por encima del promedio, mientras los demás, con la excepción de 1996, han sido inferiores.

Gráfico 2. Colombia: saldo de compensación y crecimiento económico, 1996–2005



Nota: saldo de compensación en precios constantes de 2005.
Fuente: Informes anuales del Consejo Nacional de seguridad social en salud. Estadísticas Banco de la República.

Con el propósito de examinar la relación que el comportamiento de la compensación pueda tener con el de la economía, en el gráfico 2 se muestra la evolución de dicho saldo y el crecimiento del PIB. Aunque pudiera sugerirse una relación cíclica para algunos años, es importante tener en cuenta que los efectos del crecimiento económico tienen un rezago y por lo tanto se transmiten lentamente sobre el saldo de compensación. Queda por examinar si la asociación entre ambas variables no es simétrica a lo largo del período, de modo que mientras durante la recesión el saldo respondió de manera acelerada, habiendo registrado déficit destacados en 2000 y 2001, después de la recuperación económica su respuesta fue más lenta a la presentada en el caso anterior, aunque la situación de 2005 resulta excepcional y merece un análisis más cuidadoso. Esta asimetría puede explicarse a partir de la rigidez del mercado laboral, ya que después de la recesión la capacidad para generar más empleo y de mejor calidad no se ajustó a la dinámica de la economía.

Tomando en cuenta lo anterior, es importante dar un vistazo a tres variables determinantes del saldo de compensación: unidad de pago por capitación (UPC), densidad familiar (DF) y densidad salarial (DS).³ Para la UPC, durante el período que comprende 1996–2000 su actualización fue idéntica al incremento del salario mínimo, lo que permitió mantener un saldo positivo en la compensación. A partir del año 2000, la UPC se actualizó buscando la conservación del equilibrio, de modo que su crecimiento fue inferior al del salario mínimo y al de la inflación general. Para 2004 a 2006, se definió un incremento superior a la inflación aunque todavía inferior al aumento del salario mínimo, lo cual estuvo asociado a la recuperación del equilibrio financiero y la ampliación del Plan Obligatorio de Salud (POS). Así, la UPC del régimen contributivo ha estado asociada principalmente a la dinámica del resultado de compensación, con escasas consideraciones sobre el costo del POS (Restrepo y Mejía, 2006).

Para el caso de la densidad familiar, entre 1998 y 2000 el indicador presentó una tendencia al alza, hasta ubicarse en un valor cercano a 2,6; entre 2001 y 2003 se presentó una caída del indicador para terminar en cerca de 2,33 (Castaño, 2004), y a partir de 2004 el indicador ha mantenido su descenso, ubicándose en diciembre de 2005 en un valor de 2,16 (Ministerio de Protección Social, 2006). Este comportamiento está acorde con el presentado por el saldo de compensación: para el período en que la DF es alta, el superávit en el saldo de compensación es bajo o se obtiene déficit; mientras a medida que la DF descendiendo el superávit se hace más amplio. Las condiciones del empleo en el país⁴ durante el período analizado puede ser una explicación plausible para el comportamiento observado de la DF y el saldo. En este sentido, la recesión económica pudo afectar la relación cotizante y beneficiario existente al interior del grupo familiar, tal que, aquellas personas que perdieron su empleo tuvieron que dejar de cotizar y buscar su afiliación a la seguridad social a través de otro miembro de la familia, y después de la recesión es posible que se presentara otra recomposición, además de que buena parte del empleo reciente se concentra en los jóvenes que hacen parte de un grupo familiar en donde hay al menos un cotizante.

Por último, en cuanto a la densidad salarial, después de una estabilidad relativa, a partir de 2001 el indicador tiende a la baja y contrarresta el efecto positivo del descenso de la DF, y afecta por tanto el saldo de compensación, como se hizo alarmante en años anteriores. En este sentido, la DS para 2002 era cercana a 2,05, en 2003 estaba alrededor de 1,95 (Castaño, 2004), para 2004 fue de 1,74 y por último, para el segundo semestre de 2005 se ubicó en 1,55. De manera similar al caso anterior, el comportamiento de la DS está relacionado con la dinámica del empleo, ya que dependiendo del tipo de personas que entren al mercado laboral se dará el salario promedio de cotización.

2.2 Régimen subsidiado

Para el régimen subsidiado el análisis se concentra en las fuentes de financiación, pues la dinámica de este régimen es diferente a la del contributivo, ya que acá no existe la compensación como un saldo entre ingresos y egresos. En este caso se observa, con la excepción del año 2000, un continuo y en algunos años un muy destacado crecimiento de los recursos, lo que ha permitido una mayor cobertura (ver tabla 1). De manera similar a lo que sucede con el saldo de la compensación en el régimen contributivo, aunque con mayor correspondencia en el tiempo a los hechos de la crisis económica, los recursos en el régimen subsidiado presentaron estancamiento y reducción en 1999 y 2000 y luego han crecido en forma sostenida.

Es importante tener en cuenta que la variación de los recursos del régimen subsidiado no responde necesariamente a la generación de recursos nuevos, pues parte del crecimiento está explicado por la transformación de recursos destinados antes a otro fin, como las asignaciones directas a hospitales o el pago por la atención de población vinculada, las cuales se transforman en subsidios para la afiliación a este régimen. En efecto, al examinar la participación de las diferentes fuentes de recursos se observa que mientras el Fosyga aportaba cerca del 50% del total al inicio, en la actualidad ha descendido hasta el 34%, mientras los recursos de transferencias territoriales, lo que hoy se conoce como Sistema General de Participaciones, con un aporte del 56%, ha aumentado debido a la transformación del recurso que antes de la Ley 715 de 2001 se denominaba situado fiscal. En menor proporción, cerca del 10% de los recursos son aportados por las entidades territoriales (recursos propios) y las cajas de compensación familiar.

En cuanto a la prima, la UPC del régimen subsidiado (UPC–S), se encuentra que en sus primeros años de operación tuvo un comportamiento idéntico al del salario mínimo, pero a partir de 1999 se buscó reconocer el equilibrio entre la UPC–S y el valor del POS. Así, podría decirse que en 1999 comenzó un nuevo período para el régimen subsidiado, al poner a prueba precisamente la búsqueda de equilibrio entre UPC–S y POS y buscar una administración más eficiente de parte de las administradoras del régimen. De tal manera, a la conservación del monto nominal en 1999, lo que implicó una caída en términos reales, se siguieron aumentos importantes en la cobertura, varios ajustes hacia arriba en la UPC–S y algunas normas para reducir el margen de intermediación, a lo que se agrega la depuración del mercado con la salida de grandes agentes que buscaban fin

Tabla 1. Colombia: fuentes de financiación del régimen subsidiado de salud, 1997–2005

Fuente	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Total recursos (\$ billones)	0,8	1,12	1,25	1,24	1,71	2,13	2,45	2,6	3,2
Variación recursos (% anual)		33,3%	11,0%	-0,8%	31,9%	21,9%	14,0%	5,9%	20,7%
Total recursos (\$ billones, precios constantes de 2005)	1,50	1,80	1,84	1,68	2,16	2,51	2,71	2,73	3,20
Variación real recursos (% anual)		18,2%	2,2%	-9,2%	24,6%	15,2%	7,7%	0,6%	16,0%
Crecimiento real del PIB	3,4%	0,6%	-4,3%	2,9%	1,5%	1,9%	3,8%	4,7%	5,1%
Cobertura total	21,2%	20,6%	22,7%	22,5%	25,8%	26,0%	26,6%	30,9%	40,0%
Participación de las fuentes:									
Fosyga	46,7%	51,3%	38,0%	34,6%	36,0%	29,4%	31,7%	n.d	34,4%
SGP	44,0%	37,2%	50,0%	52,0%	51,0%	67,9%	62,0%	n.d	56,3%
Esfuerzo propio	3,8%	4,5%	3,9%	5,1%	3,0%	2,0%	4,2%	n.d	8,8%
Rentas cedidas	1,8%	2,2%	3,4%	2,1%	9,0%				
Cajas de compensación	3,7%	4,8%	4,8%	6,2%	2,0%	0,6%	1,8%	0,6%	0,5%

Nota: Para obtener los recursos en precios constantes de 2005 (diciembre), se utilizó el índice de precios al consumidor para actualizar cada uno de los valores. En cuanto a la variación real, se calculó como la razón entre la diferencia de los valores de dos años y el promedio de dichos valores ((año final - año inicial)/(promedio años)). Por último, para la cobertura se utilizó aquella denominada total, la cual relaciona el número de afiliados con la población total. Para 2004 y 2005 no se incluyeron subsidios parciales.

Fuente: (Restrepo et al, 2006); (Ministerio de la protección social, 2006); cálculos propios.

Tabla 2. Colombia: composición portafolio de inversiones del FOSYGA, 2000–2004 (Millones de pesos, precios constantes de 2005)

	2000	2001	2002	2003	2004
Subcuenta de solidaridad	559.853	777.456	945.284	1.253.686	1.422.697
Subcuenta de compensación	293.819	176.816	498.900	647.893	820.923
Subcuenta ECAT	253.158	243.460	299.542	365.832	533.495
Promoción	186.956	225.507	131.037	106.037	96.046
Total	1.293.786	1.423.240	1.874.763	2.373.448	2.873.161
Proporción del total en el PIB	0,55%	0,60%	0,78%	0,94%	1,07%
Variación real subcuenta de solidaridad		32,5%	19,5%	28,0%	12,6%

Fuente: Informes anuales del Consejo Nacional de seguridad social en salud.

de lucro y la agrupación de otros más pequeños que debían mostrar un mínimo de afiliados (Restrepo y Mejía, 2006). De lo anterior se desprende que en el régimen subsidiado ha existido una mayor coherencia entre la definición de la UPC y el valor del POS, a tal punto que en la actualidad la diferencia entre ambas podría incluso ser negativa, lo cual llevaría a mantener aumentos reales de la UPC o, en sentido extremo, a revisar el contenido del POS.

2.3 Atesoramiento de recursos de la seguridad social

Como producto de los excedentes anuales de las cuentas que conforman el Fosyga (ver tabla 2), se cuenta con ahorros o reservas correspondientes a ambos regímenes, las cuales han registrado aumentos destacados en los últimos años y muestran un panorama macro aparentemente despejado, contrario a la situación que se presentan en otros países latinoamericanos en donde predomina el déficit (CEPAL, 2005), o a la situación que

para el caso específico de Colombia presenta el Instituto de Seguros Sociales (ISS). Estos excedentes constituyen el portafolio de inversiones del Fosyga y están constituidos principalmente en papeles oficiales (bonos de la tesorería o TES).

En el caso del régimen contributivo, sin tener en cuenta el saldo de 2005 que aún no ha sido publicado oficialmente, a diciembre de 2004, después del nivel mínimo alcanzado en 2001, se tienen recursos por \$821 mil millones. Si se considera el saldo de la cuenta de compensación de 2005 para adicionar a este ahorro, se tendría más de un billón de pesos, monto que a la luz de la historia de los ingresos y gastos del régimen resulta alta y por tanto daría pie para adelantar ajustes hacia arriba en cuanto a un aumento real de la UPC y por tanto una posible ampliación del POS.

Por su parte, en el régimen subsidiado se presenta una situación algo más incomprensible, pero que al parecer está explicada por la

rigidez establecida de parte del Ministerio de Hacienda en cuanto al desembolso de recursos de forma coherente con las metas de la política monetaria. Se trata del excedente permanente de la cuenta de solidaridad, con un saldo que siempre ha superado al de compensación y que para 2004 alcanzó los \$1,4 billones.

Por último, de las otras dos cuentas se destaca, de un lado, que el menor saldo corresponde a la de promoción, cuenta que desde 2001 ha registrado una reducción de su saldo acumulado y esto puede dar cuenta de un fortalecimiento de acciones y campañas de inversión en salud, y, por otro lado, que la cuenta de eventos catastróficos y accidentes de tránsito (ECAT) presenta un saldo importante y con aumentos destacados en los últimos dos años, luego que entre 2001 y 2003 permaneció estable. Es importante explorar, en este último caso, en qué medida el mayor saldo pueda atribuirse a una reducción de gastos destinados a cubrir a víctimas de la violencia, dada la reducción de la intensidad del conflicto interno, o si básicamente se sigue una evolución similar a la de las cuentas de compensación y solidaridad debido al crecimiento económico reciente.

3. Sostenibilidad financiera micro

La sostenibilidad financiera a nivel micro busca determinar la relación existente entre los ingresos de las compañías aseguradoras y los gastos de prestación de servicios. El análisis está relacionado con la diferencia entre el valor de la prima y el monto de recursos destinados a pagar la prestación de servicios, en cuyo caso un incremento de la demanda, debido a fenómenos como el riesgo moral, la selección adversa o la demanda inducida por la oferta, así como a la adopción de nuevas tecnologías y la evolución del perfil epidemiológico, puede generar un desequilibrio importante que presione la prima al alza, lo cual, a su vez, se traduciría en un desequilibrio de tipo macro (Restrepo *et al*, 2006).

Tomando en cuenta lo anterior, el análisis realizado en el presente apartado busca evaluar el desempeño financiero y operacional de las entidades seleccionadas. Son varias las técnicas utilizadas para realizar el análisis financiero, aunque los indicadores, índices o razones financieras son aquellos que se utilizan con mayor frecuencia, dada la relación que permiten establecer entre dos cuentas o rubros de los estados contables con el objetivo de conocer aspectos como liquidez, rentabilidad y endeudamiento. Para el caso de la liquidez, se evalúa la capacidad de la empresa para atender sus compromisos corrientes o de corto plazo, así como las posibilidades que tiene la entidad para generar los fondos suficientes para el cubrimiento de sus compromisos operativos y financiero de corto plazo. En cuanto a rentabilidad, se busca determinar la eficiencia con que se han utilizado los activos de la empresa. Por último, con endeudamiento se pretende establecer el riesgo que asume la entidad tomando deuda y la capacidad que tiene para asumir dicha deuda en un determinado nivel (García, 1999).

Se seleccionaron los siguientes indicadores: margen operacional, margen bruto y margen neto; razón corriente; endeudamiento total y comportamiento de la utilidad del patrimonio.⁵ En cuanto a las empresas consideradas, se tienen trece EPS para el período 1996–2004,⁶ mientras que para el año 2005 solo se cuenta con

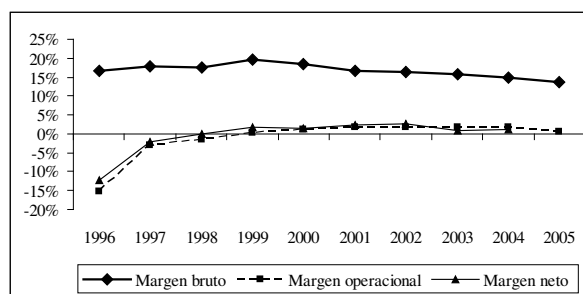
once, dada la imposibilidad de obtener información para el Seguro Social y Solsalud. La información fue obtenida de los estados de resultados y balances generales reportados por la Asociación Colombiana de Medicina Integral (ACEMI) para cada una de las EPS analizadas.

3.1 Análisis de los márgenes de rentabilidad

La rentabilidad es una medida de la productividad de los fondos comprometidos en un negocio, donde lo importante es garantizar su permanencia y crecimiento (García, 1999). Una mirada a los indicadores de rentabilidad de las EPS, como los márgenes de utilidad (bruto, operativo y neto), enseña que sin la EPS del Seguro Social⁷ el margen bruto (ingresos operacionales menos costos de operación) presenta valores entre 14% y 20% entre 1996 y 2005, notándose que si bien se presentó un aumento hasta 1999, a partir de este año se registró un descenso paulatino, lo cual indica la menor diferencia entre los ingresos por UPC y el gasto en servicios de salud, lo que estaría explicado por el aumento del gasto como resultado de una mayor demanda de servicios o del costo de prestación de éstos, o a ambos. El valor promedio de este margen, 17%, indica que las EPS destinan 83 de cada 100 pesos que les ingresa para cubrir los costos de operación, y tienen un 17% de los ingresos operacionales disponibles para cubrir gastos de administración, ventas, costos no operacionales, pagar impuestos y generar excedentes o utilidades para los inversionistas públicos o privados, respectivamente.

Los otros dos indicadores de rentabilidad, los márgenes operacional y neto, han aumentado desde cuando se inició el negocio de EPS, habiéndose tornado positivos a partir de 1998. Para 2005, las EPS con un resultado neto positivo son: Saludcoop, Comfenalco Valle, Cruz Blanca, Famisanar, Salud Total y Susalud; por su parte, con resultado negativo están: Cafesalud, Comfenalco Antioquia, Compensar, Coomeva, y S.O.S De otra parte, la diferencia entre el margen bruto y los márgenes operacional y neto puede ser un indicador de que las EPS tienen en promedio unos gastos de administración (personal, honorarios, impuestos, arrendamientos, contribuciones, seguros, publicidad, provisiones y amortizaciones), ventas y gastos no operacionales (gastos financieros) elevados, aunque la diferencia entre los márgenes operacional y neto no es tan evidente e incluso llegan a tener la misma tendencia (ver gráfico 3).

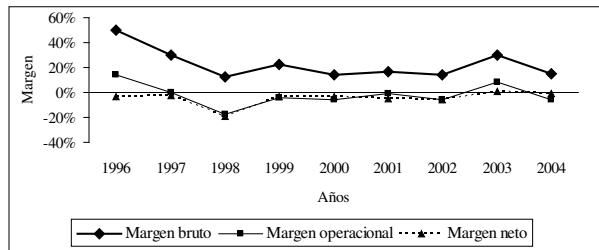
Gráfico 3. Colombia: rentabilidad de las EPS sin la EPS del Seguro Social, 1996–2005



Fuente: Informes financieros ACEMI. Cálculos propios.

Cuando se considera la EPS del Seguro Social, la tendencia de los márgenes bruto, operacional y neto es diferente al que se tenía cuando no se incluía en el análisis. Con la inclusión del Seguro Social, los resultados son decrecientes hasta 1998, lo que supone que los costos y gastos de esta EPS aumentaron considerablemente y tienen un peso importante. En el caso de los márgenes operacional y neto, en el periodo de estudio tienen una tendencia más o menos estable, aunque con valores negativos para todo el periodo, a excepción del margen operacional en 1996 y 2003. Aunque se puede considerar esta “estabilidad” en los márgenes como una situación asociada a la pérdida de participación de la EPS del Seguro Social (en términos del número de afiliados) frente al aumento en participación de las EPS privadas en el mercado, la tendencia está determinada en mayor medida por estas últimas y no por la primera (ver gráfico 4).

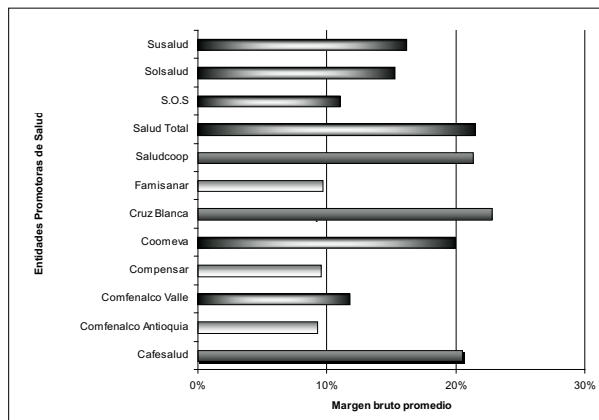
Gráfico 4. Colombia: rentabilidad de las EPS con la EPS del Seguro 1996-2004



Fuente: Informes financieros ACEMI. Cálculos propios.

El gráfico 5 presenta el comportamiento del margen bruto promedio de las 12 EPS objeto de estudio, y muestra que hay tres EPS con un margen inferior al 10% y solo cuatro con un margen superior al 20%, mientras las restantes se ubican en este rango. Las de menor margen son EPS que provienen del sector de las cajas de compensación, y tres de las de mejor promedio son las que pertenecen al grupo empresarial SaludCoop (SaludCoop EPS, Cruz Blanca y Cafesalud), por lo que puede suponerse que éstas tienen en promedio unos costos operativos menores y una proporción muy amplia de los ingresos para cubrir gastos de administración y ventas, costos no operacionales e impuestos.

Gráfico 5. Colombia: Margen Bruto Promedio para 12 EPS, 1996–2004

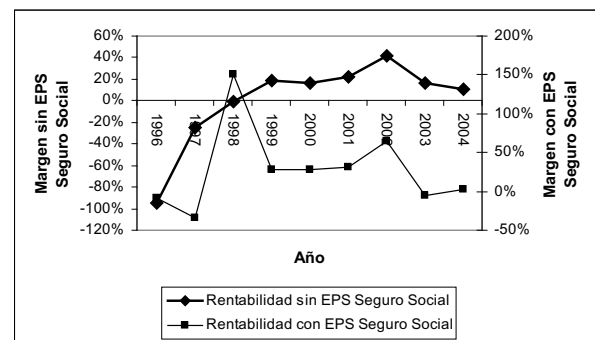


Fuente: Informes financieros ACEMI. Cálculos propios.

Cuando se considera la rentabilidad sobre el patrimonio (ver gráfico 6), el análisis muestra que el sector sin la EPS del Seguro Social tiene una tendencia creciente, con la excepción de 2003 y 2004. Al incluir la EPS del Seguro Social, el comportamiento es irregular por los altibajos que presenta esta entidad. Ahora bien, si se compara la tendencia de la rentabilidad del patrimonio con la del margen bruto, sin la EPS del Seguro Social, el primer indicador es creciente y el segundo decreciente, de modo que al parecer las EPS se estarían financiando a través de deuda con sus proveedores, lo que permite mejoras en su rendimiento.

Por último, los valores negativos para el margen de rentabilidad del patrimonio en la situación sin la EPS del Seguro durante 1996–1998 se explican porque las EPS distintas a la del Seguro Social inician su operación en 1995 y por ende en los primeros años buscaron la recuperación de la inversión y el alcance del punto de equilibrio.

Gráfico 6. Colombia: evolución de la rentabilidad del patrimonio con la EPS del Seguro Social y sin la EPS del Seguro Social, 1996–2004



Fuente: Informes financieros ACEMI. Cálculos propios.

3.2 Análisis de la liquidez

La liquidez es la medida de la capacidad que tiene una entidad de generar recursos para atender sus compromisos corrientes y de corto plazo, tanto operativos como financieros. En este orden de ideas, uno de los indicadores más usados es la razón corriente (activos corrientes/pasivos corrientes) que brinda información sobre la capacidad que tiene una entidad para cumplir sus compromisos de corto plazo. El gráfico 7 ilustra que sin la EPS del Seguro Social las demás EPS han aumentado su capacidad para cubrir los compromisos de corto plazo; es decir, la razón corriente tiene una tendencia creciente y es posible pensar que el tamaño de los activos crece en una proporción mayor que el tamaño de los pasivos.⁸ Cuando se incluye la EPS del Seguro, el análisis anterior no es válido: parece ser que las EPS tuvieron problemas para cumplir sus compromisos de corto plazo.

Así mismo, en el caso del análisis sin la EPS del Seguro Social, la razón toma un valor promedio de 0,95, mientras que en la situación con esta EPS el indicador se reduce a 0,63. Esto significa que mientras en el primer caso se dispone, por cada peso, de 0,95 centavos para cumplir con las acreencias, en el segundo caso solo se dispone de 0.63 centavos. Este resultado pone en

evidencia los problemas con los que cuenta el Seguro Social. Es necesario considerar que el indicador de razón corriente para cada industria varía, y por lo tanto es posible que una EPS que sea efectivamente líquida deba disponer de un valor para esta razón muy distinto, por ejemplo a los antes mencionados (ver tabla 3).

En el caso que se utilizara un índice de solvencia, como el de solidez, el análisis anterior no cambiaría mucho. En promedio las EPS parecen ser más solventes mientras no se incluya al Seguro Social (el índice tiene una tendencia creciente), mientras que con la EPS del Seguro Social la tendencia es decreciente (ver tabla 3).

3.3 Análisis del endeudamiento

Los indicadores de endeudamiento permiten evaluar el riesgo implícito en el mantenimiento de un determinado nivel de deuda, además de evaluar la capacidad de endeudamiento de la empresa. En general, la decisión de endeudamiento de una entidad está afectada por la aversión al riesgo y las expectativas del negocio que los propietarios de la entidad poseen, y una decisión de tomar deuda se realiza cuando la rentabilidad del activo antes de impuestos es superior al costo de la deuda. Cuando esto último es cierto, la cantidad de deuda que pueda tomar una firma depende además de su habilidad para atender el servicio, lo que a su vez depende de la capacidad de generación de flujo de caja,

el plazo para el pago del préstamo y la política de dividendos o expectativa para el reparto de utilidades o excedentes (García, 1999). Bajo estas condiciones, el nivel promedio de endeudamiento de las 12 EPS, sin el Seguro Social, ha sido cada vez más pequeño, aunque es posible que el costo de la deuda sea menor a la rentabilidad del activo antes de impuestos.

El nivel de endeudamiento toma valores entre un 60% y un 80%. En el caso del sector analizado, incluyendo la EPS del Seguro, dicha medida tiene un comportamiento que no es claramente definido, creciente desde niveles del 40% en 1996 hasta niveles del 140% en 1999 para luego volver a caer a niveles inferiores al 120% en 2003 y volver a crecer a niveles superiores al 160%. Es posible pensar que este indicador no tiene una tendencia homogénea debido a las capitalizaciones que ha tenido el Seguro Social por parte del gobierno nacional (ver tabla 3).

En resumen, pareciera que la capacidad de endeudamiento que tienen las EPS en el periodo de estudio es alta. Dado que las EPS provienen de distintos negocios tales como cajas de compensación, cooperativas o empresas de seguros, la decisión de tomar o no deuda depende también de variables vinculadas directamente con la propiedad y sector de la economía de donde proviene la empresa. Además, por la naturaleza del negocio y en especial por el flujo de recursos que favorece a las EPS, ya que recaudan sus ingresos desde la fuente por la vía de la cotización, en general no se requiere mucho endeudamiento.

Tabla 3. Colombia: indicadores de endeudamiento y liquidez, 1996–2005

Indicador		1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Razón corriente	Sin EPS Seguro Social	0.74	0.88	0.87	0.96	0.97	0.94	1.05	0.96	1.07	1.05
	Con EPS Seguro Social	1.49	0.73	0.41	0.37	0.50	0.55	0.54	0.59	0.44	-
Indicador de solidez	Sin EPS Seguro Social	1.35	1.31	1.36	1.44	1.45	1.49	1.67	1.52	1.55	1.56
	Con EPS Seguro Social	2.03	1.21	0.76	0.72	0.80	0.80	0.88	0.86	0.59	-
Nivel de endeudamiento	Sin EPS Seguro Social	0.74	0.77	0.74	0.69	0.69	0.67	0.60	0.66	0.65	0.65
	Con EPS Seguro Social	0.49	0.82	1.32	1.40	1.26	1.25	1.14	1.17	1.68	-

Fuente: Informes financieros ACEMI. Cálculos propios.

Conclusiones

La primera década de experiencia del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia enseña varias lecciones sobre su situación financiera y la de las entidades administradoras del seguro. Un primer aspecto a destacar se refiere al ejercicio de la compensación, como expresión concreta de la existencia de un seguro solidario. Como se ha visto, en forma coherente con los propósitos de un fondo de compensación o estabilización, el balance del régimen solamente ha sido negativo en dos años, en medio de la crisis económica, mientras en gran parte del periodo su saldo es positivo y creciente en los últimos años.

Ahora bien, si se asume que el saldo de la cuenta de compensación debería ser cero en el largo plazo, ya que se trata de cubrir los déficit de un período con los superávits de otro, esta mirada

sobre diez años de desempeño da cuenta de un saldo positivo que indicaría la posibilidad de realizar un ajuste en los ingresos o gastos permanentes, de modo que manteniendo el nivel de la cotización se tiene un margen para elevar los gastos permitiendo por ejemplo la ampliación del POS. Sin embargo, para tomar esta determinación es importante evaluar el saldo óptimo que requiere la cuenta para atender contingencias.

En el régimen subsidiado, si bien no se tiene el esquema de compensación, también se presenta un saldo de recursos a su favor que en su historia significaría cerca de un millón de afiliados anualmente. Se recuerda que además de contar con estos recursos congelados, el gobierno no ha cumplido con sus aportes a la cuenta de solidaridad (*pari passu*), así que la cobertura ha podido ser siempre superior y a caso también se tendría la posibilidad de contar con un POS más amplio para este régimen.

En el marco del positivo balance macro, el cual parece contrastar con la tendencia dominante en América Latina, en el régimen contributivo se mantiene un margen aceptable entre la UPC y el valor del POS, de manera que las EPS adquieren rentabilidad sobre sus ingresos y más destacada sobre el patrimonio, mostrando la suficiencia de los recursos para atender la demanda de servicios. Sin embargo, al menos dos hechos contrastan con este panorama alentador: primero, que al incluir al Seguro Social en el análisis se cambia el signo de la afirmación anterior y entonces sucede que mientras el sistema en su conjunto ofrece un saldo positivo y en promedio las EPS son rentables, esta entidad ha colapsado desde el punto de vista financiero, y segundo, por la vía de las acciones de tutela, se tienen presiones sobre el gasto de la cuenta de compensación que pueden provocar a la postre una dramática reducción de sus ingresos y un desbordamiento del POS más allá de las posibilidades en el largo plazo.

En el caso del régimen subsidiado, aunque no se consideró en este análisis la situación financiera de las entidades, la historia parece un poco distinta debido al desbalance entre la UPC y el valor del POS que se ha agudizado en los últimos años. Es importante recordar que la desigualdad entre ambos valores comenzó a favor del primero y, por tanto, en los primeros años se registraron márgenes espectaculares para las administradoras del régimen subsidiado –ARS– que con el paso del tiempo se fueron reduciendo debido al incremento real en los gastos operacionales, por una mayor utilización de los servicios de salud, así como al congelamiento de la UPC en 1999. Posteriormente, en medio de la regulación sobre el uso de recursos, con la fijación de un tope a los gastos administrativos como proporción del Fosyga y al avance de los gastos, se presume un desajuste entre los dos valores que termina siendo desfavorable para la UPC y, por tanto, los márgenes se tornan negativos, como lo indica el retiro del régimen de varias ARS y el aumento real de la UPC para el país y en forma adicional para las grandes áreas urbanas.

Notas:

- 1 El valor de la UPC para 2006 es de \$386.881 (unos US \$ 150). Éste es un valor promedio y se ajusta por riesgo para cada afiliado, de manera que se diferencia por edad, género entre 15 y 44 años y ciertas regiones. Para complementar el financiamiento del POS, las EPS reciben de sus afiliados las cuotas moderadoras (para la prestación de servicios ambulatorios) y los copagos (para ciertos servicios de referencia). Además, para sufragar las incapacidades, cada EPS posee un fondo que recibe recursos adicionales a la UPC, y las licencias de maternidad son cubiertas directamente por el Fosyga
- 2 En sentido más estricto, el saldo real de la cuenta tiene otros gastos diferentes a la UPC, como las licencias de maternidad y los pagos ordenados por la justicia mediante fallos de tutela, lo que implica reconocer atenciones o medicamentos no cubiertos por el POS. Las obligaciones por este concepto han aumentado de manera destacada durante los últimos años, tal que, para 2003 el componente de gasto por “otros eventos y fallos de tutela” reportó \$44.728 millones, en 2004 tuvo un valor de \$88.628 millones, y en 2005 fue de \$206.931 millones.
- 3 La densidad familiar representa el número de afiliados por cotizante y se expresa como (total afiliados)/(total cotizantes). La densidad salarial por su parte equivale al promedio de salarios sobre el cual hace su aporte el cotizante y se expresa como [(ingreso base cotización)/(total cotizantes)]/(salario mínimo). Estas variables

son determinantes del saldo de compensación porque resumen el comportamiento de otras variables, además de tener un impacto marcado sobre el saldo: “un cambio en una centésima (0.01) de estos indicadores genera un cambio entre 20.000 y 25.000 millones de pesos” (Castaño, 2004).

- 4 El trabajo de Castaño (2004) muestra que los efectos del decreto 1703 de 2002 y la aplicación de las mallas de validación al proceso de compensación pueden ser otras causas del comportamiento del indicador.
- 5 Los indicadores seleccionados son representativos para cada uno de los aspectos que se desean analizar: liquidez, rentabilidad y endeudamiento. Para una explicación más amplia de ellos ver García (1999).
- 6 Susalud, Solsalud, Servicio Occidental de Salud (S.O.S), Salud Total, SaludCoop, Famisanar, Cruz Blanca, Coomeva, Compensar, Comfenalco Valle, Comfenalco Antioquia, Cafesalud, Seguro Social EPS. Estas empresas poseen el 89% de los afiliados totales en el régimen contributivo para 2005.
- 7 La EPS del Seguro Social en enero de 2004 posee el 26% de los afiliados totales al régimen contributivo. Adicionalmente, la EPS del Seguro Social tiene los afiliados más costosos para el sistema
- 8 Debido a la forma como funciona el sistema las EPS conocen anticipadamente cuales van a ser sus ingresos

Referencias

- Castaño, Ramón Abel (2004). “Elementos fundamentales del equilibrio financiero del sistema general de seguridad social en salud, que inciden en las decisiones de ajuste del pos y/o de la UPC.” Fundación Corona.
- Enthoven, Alain C. (1993). “The history and principle of managed competition”. *Health Affairs*, Vol.1 12, Supplement, pp. 24-48.
- García, Oscar León (1999). *Administración Financiera: fundamentos y aplicaciones*. 3ª edición. Prensa Moderna Impresores S.A.
- González, Jorge Iván (2002). “Salud y seguridad social: entre la solidaridad y la equidad”. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, Vol. 1, No. 2, pp. 18-24.
- Mesa-Lago, Carmelo (2005). *Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social*. Documentos de Proyectos. CEPAL.
- Ministerio de la Protección Social (2006). Informe de actividades 2005-2006.
- Restrepo, Jairo H (2002). “El seguro de salud en Colombia”. *Gerencia y Políticas de Salud*, Vol. 1, No. 2, pp. 25-40.
- Restrepo, Jairo H (2004). “¿Qué enseña la reforma colombiana sobre los mercados de salud?”. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, Vol. 3, No 6, pp. 8-34
- Restrepo, Jairo H (2005). “Aspectos financieros sobre los servicios y el seguro de salud”. En: Blanco, Jorge H. y Maya, José M. *Fundamentos de salud pública*. 2ª. ed., Medellín, Corporación para Investigaciones Biológicas —CIB— pp. 22-38.
- Restrepo, Jairo Humberto; Echeverri, Esperanza; Vásquez, Johanna y Rodríguez, Sandra (2006). *El seguro subsidiado y el acceso a los servicios de salud. Teoría, contexto colombiano y experiencia en Antioquia*. Medellín, Universidad de Antioquia.
- Restrepo, Jairo y Mejía, Aurelio (2006). “La unidad de pago por capitación del sistema de seguridad social en salud, 1996 – 2006”, *Revista Via Salud*, No. 35.

Observación Académica

La integración vertical en mercados de salud

John Fernando Lopera Sierra

En el análisis de los aspectos verticales del tamaño de una firma se considera el grado en el que los bienes y servicios que podrían comprarse a terceros se producen al interior de la firma. Existe un mecanismo por el cual se sustituyen transacciones realizadas en el mercado por transacciones al interior de la firma, lo que reduce los costos. Luego, hay una cadena de actividades que se realizan al interior de la firma y que pueden estar verticalmente integradas, o una cadena de actividades que se realizan por fuera de ella y por tanto se considera que está desintegrada verticalmente. Dentro de las definiciones de integración vertical (IV) se encuentra la de Perry (1989), que especifica que una firma puede ser descrita como integrada verticalmente si ella incluye, para producir un único producto, dos procesos de producción, donde una parte o la cantidad total del producto es empleada como insumo en el proceso, y la de Tirole (1989), quien sugiere que la firma está verticalmente integrada si controla todas las decisiones tomadas por la estructura vertical.

Para explicar los determinantes de la IV las teorías más utilizadas son la de los costos de transacción de Williamson (1985) y la aproximación de los derechos de propiedad de Grossman y Hart (1986). La primera, propone que los costos se originan por incertidumbre sobre el futuro, lo que implica la existencia de contratos incompletos e imperfectos; incertidumbre en los procesos de negociación; comportamiento oportunista de los agentes; y presencia de activos o inversiones específicas. La segunda, considera que la propiedad es la compra de los derechos residuales de control, y la IV es la compra de los activos de un oferente con el propósito de adquirir los derechos residuales de control. Por tanto, las formas de gobierno que rigen las transacciones de mercado o al interior de la firma, se clasifican de acuerdo a cómo se asignen los derechos residuales de control.

En los mercados de salud, Simoens y Scott (1999) definen la IV como la coordinación o unión de líneas de servicios dentro o a través de las etapas en los procesos de producción de atención en salud. La integración se relaciona con la progresión del paciente en las etapas de producción que son determinadas por el episodio de atención, de modo que se identifica una estructura de gobierno diseñada para coordinar y controlar los servicios de atención presentes en diferentes estados de la cadena de valor, los cuales facilitan la colaboración y comunicación al interior de la organización de los oferentes involucrados en la producción de los servicios.

Ahora bien, Evans (1983) sugiere que las relaciones verticales en esta industria no son exactamente abiertas o completamente jerárquicas, sino que son verticalmente incompletas. Es decir,

muchas de ellas no pueden definirse desde el análisis tradicional del mercado, porque éste supone una estructura donde hay una relación entre dos clases de agentes independientes, productores de un bien y los demandantes del mismo, y el mercado es definido como las relaciones de intercambio entre tales parejas de agentes.

En cuanto a los determinantes de la IV en salud, Simoens y Scott (1999), utilizan la teoría de los costos de transacción y sugieren los siguientes: especificidad del sitio, activos y conocimientos específicos, reconocimiento, oportunismo, incertidumbre, negociación de pequeños números, complejidad y frecuencia. Finalmente, según Gaynor (2006), las ganancias de la IV en el mercado de salud son resultado de la eficiencia por la reducción de los costos de transacción, aseguramiento de insumos, mejoras en el monitoreo y ganancias en la coordinación de precios entre médicos y hospitales que venden servicios complementarios entre sí. Igualmente, puede haber dos posibles efectos anticompetitivos de la misma: llevar a un cierre de mercados y al incremento del poder de negociación de la firma integrada (por ejemplo, hospitales y grupos de médicos) con los aseguradores dando lugar a un aumento en los precios de los servicios médicos.

Referencias

- Evans, R. (1983). "Incomplete Vertical Integration in the Health Care Industry: Pseudomarkets and Pseudopolicies", En: Culyer, A. J. (1991). *The Economy of Health 2*.
- Gaynor, M. 2006. "Is vertical integration anticompetitive? Definitely maybe (but that's not final)". *Journal of Health Economics*, No. 25, pp. 175- 180.
- Grossman, S. y Hart, O. (1986). "The cost and benefits of ownership: A theory of vertical and lateral integration", *Journal of Political Economy*, No. 94, pp. 691-719.
- Perry, Martin (1989). "Vertical Integration. Determinants and Effects", En: Schmalensee, R. y Willig, R. (1989). *Handbook of Industrial Organization*. North-Holland. Amsterdam.
- Simoens, S. Scott, A. (1999). "Towards a definition and taxonomy of integration in primary care?" *HERU Discussion Paper*, No. 3.
- Tirole, Jean (1989). *The theory of industrial organization*, Cambridge, MIT Press.
- Williamson, O. (1985). *The economic institutions of capitalism*. The Free Press.

Observación estadística

En esta observación estadística se presenta la estructura de la oferta de EPS según los afiliados promedio para el período 2004 a 2006, en las seis entidades territoriales que tienen el mayor número de afiliados en el régimen contributivo (RC), alrededor del 71% del total del país. Se utilizan, como indicadores de estructura, dos razones de concentración industrial: la razón de concentración de las cuatro mayores firmas de la industria (CR4,* que es igual a la suma de las cuotas de mercado de las cuatro mayores EPS) y el índice de Hirschman-Herfindahl (IHH,** que es igual a la suma de los cuadrados del tamaño de las firmas en el mercado). La tabla 1 muestra que la estructura de la oferta de EPS en Bogotá, junto con los departamentos de Antioquia y Valle, es moderadamente concentrada o competitiva, pues el CR4 es inferior al 75% y el IHH se encuentra por debajo de 1.800. Sin embargo, se destaca que a diferencia de Bogotá, que es el mayor mercado, Antioquia y Valle están muy cerca de una oferta altamente concentrada, cuyo límite se encuentra en el 75% para CR4 y en 1.800 para IHH (oligopolio), y la tendencia que se aprecia es de un crecimiento leve en ambos índices. Por su parte, en los departamentos de Atlántico, Cundinamarca y Santander, según el CR4 el mercado es altamente concentrado, y de acuerdo con el IHH al menos en el caso de Cundinamarca se tiene una estructura de oligopolio.

En suma, la estructura de la oferta de EPS en estas seis regiones es moderadamente concentrada, aunque muy cercana a niveles del 75%, de manera que se encamina a ser altamente concentrada. De igual modo, si bien a partir del IHH se tendría una oferta competitiva, ella está cercana al oligopolio, es decir, unas pocas firmas poseen la mayor participación en el mercado y gran cantidad de firmas pequeñas tienen una participación muy baja. Ahora bien, si se comparan estos resultados con los que se obtienen para el país en su conjunto, en el caso nacional se tiene una estructura más competitiva, con un CR4 del 60% y el IHH cercano a los 1.000 puntos, con una tendencia de reducción en ambos índices.

Estas diferencias entre lo que puede denominarse el mercado nacional y los mercados locales o plazas en las que participan las EPS puede dar lugar a confusión, pues mientras se puede afirmar que a nivel nacional no hay concentración en la oferta de EPS, en las entidades territoriales analizadas hay evidencia de mayor concentración y oligopolio. El caso es que si se tomaran mercados aún más pequeños, como las ciudades intermedias o los centros locales menores, los índices serían aún mayores y comienza a registrarse la existencia del monopolio (Restrepo, Arango y Casas, 2001), así que un análisis más realista sobre la distribución de la oferta debe considerar las diferencias entre los territorios y establecer regulaciones o cuidados especiales para garantizar la calidad de los servicios y la libre elección de EPS.

Tabla 1. Estructura de la oferta de EPS para seis departamentos de Colombia, 2004–2006

Departamento	Afiliados promedio año	CR4 (%)	IHH
2004			
Bogotá D.C.	3.789.767	53	1041
Antioquia	2.506.635	74	1560
Valle	1.841.720	71	1513
Cundinamarca	782.772	85	2441
Atlántico	759.484	79	1661
Santander	692.604	76	1643
Promedio	1.728.830	73	1643
Total País	58		1100
2005			
Bogotá D.C.	3.933.340	53	1047
Antioquia	2.571.007	74	1633
Valle	1.897.577	73	1537
Atlántico	799.246	80	1794
Cundinamarca	747.026	79	1939
Santander	729.257	76	1631
Promedio	1.779.576	73	1597
Total País	57		1052
2006			
Bogotá D.C.	4.484.132	52	1046
Antioquia	2.811.382	73	1644
Valle	2.115.611	73	1539
Atlántico	904.388	78	1714
Santander	838.292	76	1626
Cundinamarca	836.059	78	1852
Promedio	1.998.311	72	1570
Total País	56		1021

Fuente: Fondo de Solidaridad y Garantía. Cuenta de compensación. Estadísticas de afiliados compensados por departamento y municipio. Primer proceso de enero hasta segundo proceso de julio de 2006; primer proceso de febrero de 2005 hasta segundo proceso de diciembre de 2005; procesos de enero hasta procesos de Diciembre 2004. Cálculos propios.

Referencias

- Bikker, J.A. y Haaf, K. (2001). "Measures of competition and concentration: A review of the literature." *Research Series Supervisión*, No. 27, Nederlandsche Bank, Amsterdam.
- Restrepo, Jairo, Arango, Mónica y Casas, Lina. (2002). Estructura y conducta de la oferta del seguro de salud en Colombia. *Lecturas de Economía*, No. 56.
- Tirole, Jean (1990). *The theory of industrial organization*. Cambridge, MIT Press. (Traducción española: Matutes, C. (1990). *La Teoría de la Organización Industrial*. Ariel).

* 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

** Si este índice resulta inferior a 1800 puntos significa que hay competencia, si se ubica entre 1800 y 4000 da cuenta de un oligopolio y si es superior a 4000 se refiere a monopolio.

Actualidades del GES

Investigaciones iniciadas en 2006

“Organización industrial del sistema general de seguridad social en salud y del sistema de riesgos profesionales en Colombia” (Convenio de cooperación con Escuela Nacional Sindical).

Libro publicado en junio de 2006

El seguro subsidiado y el acceso a los servicios de salud. Teoría, contexto colombiano y experiencia en Antioquia. Centro de Investigaciones Económicas, Universidad de Antioquia, 2006. Resultados de investigación sobre condiciones de acceso y aspectos financieros del régimen subsidiado de salud en Colombia y Antioquia.

Documentos sobre integración vertical en la web

“Integración vertical en el sistema de salud colombiano: aproximaciones empíricas y análisis de doble marginalización”. *Borrador del CIE* No. 15.

“Estructura de la oferta del seguro de salud en el régimen contributivo.”

“Aproximación al grado de integración vertical entre EPS-IPS por área metropolitana.”

Tesis de grado aprobadas en 2006

Mejía, Aurelio; Sánchez, Andrés y Tamayo, Juan Camilo. “Equidad en el acceso a servicios de salud en Antioquia.”. Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Antioquia.

Participación en eventos internacionales

El trabajo “Equity in access to health care in Antioquia”, elaborado por Aurelio Mejía, Juan Camilo Tamayo y Andrés Sánchez fue aceptado para ser presentado en la 4ª Conferencia de la Sociedad Internacional por la Equidad en Salud, Adelaide, Australia, septiembre 11-13 de 2006.

El profesor Jairo Humberto Restrepo participó en reunión del Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud (Washington el 22 de junio de 2006) como comentarista de la publicación *Tough choices: investing in health for development. Experiences from national follow-up to the commission on macroeconomics and health.*

Otras actividades e información de interés

Juan Camilo Tamayo, quien durante el último año y medio participó en el GES en el marco del programa Jóvenes Investigadores Universidad de Antioquia, inició estudios de maestría de Economía y continúa vinculado al grupo como estudiante de maestría, con recursos de la estrategia para la sostenibilidad del grupo otorgados por la Universidad.

Información institucional

Rector de la Universidad de Antioquia:
Alberto Uribe Correa.

Decano de la Facultad de Ciencias Económicas:
Mauricio Alviar Ramírez

Director del CIE:
Ramón Javier Mesa Callejas

Coordinador del GES:
Jairo Humberto Restrepo Zea
jairo@catios.udea.edu.co

Profesionales:
Alba Cristina Arenas Mejía
John Fernando Lopera Sierra

Jóvenes investigadores:
Aurelio Mejía Mejía
Juan Camilo Tamayo Ramírez

Estudiantes en formación y pasantías:
Sara Catalina Atehortúa Becerra
Nataly Restrepo Jaramillo

Texto original:
Jairo Humberto Restrepo,
Juan Camilo Tamayo, John Fernando Lopera y Sandra Patricia Ortiz

Edición de textos:
Aurelio Mejía Mejía

Diseño:
Santiago Ospina Gómez

Diagramación e impresión:
L. Vieco e Hijos Ltda.

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

Las ideas y opiniones aquí expresadas sólo comprometen al GES o a sus autores cuando sean artículos firmados.

Esta edición del Observatorio fue preparada en el marco de la investigación *Estrategias de integración vertical en el sistema de salud colombiano*, financiada por la Universidad de Antioquia (proyecto CODI de mediana cuantía), y recoge los resultados de la pasantía en investigación que en 2005 adelantó Sandra Ortiz, estudiante de contaduría de la Universidad de Antioquia.

