

Competencia en el sector de la salud: énfasis en el caso colombiano*

David Bardey**

Abstract

This article reviews the literature that deals with the competition features in the health care markets in a managed care competition set up. In a first part, we focus on information asymmetries which characterize the health insurance and the providers' markets. The second part tackles the industrial organization issues in the health care sector such as the monopolistic competition which characterize the physicians' market, the bilateral oligopoly shape by health insurers and health care providers' markets and, the two-sided market features of the health sector. This article provides policy recommendations for the Colombian health care system. More precisely, we suggest introducing some price competition in the health insurance market in order to make the competition much more effective. Moreover, a price competition would allow this managed care competition set up to ensure a better transmission of the efficiency gains generated by health insurers.

Resumen

Este trabajo revisa la literatura que trata del funcionamiento de la competencia en el sector de la salud cuando este está organizado alrededor de una managed care competition. Se abordan en una primera parte los problemas de asimetría de información que caracterizan los mercados de aseguramiento en salud y aquellos en los cuales intervienen los prestadores de salud. La segunda parte se focaliza en los aspectos de organización industrial del sector salud, como los de competencia monopolística para el mercado de los médicos, el oligopolio bilateral que forman aseguradores y prestadores y los posibles aspectos de mercados de dos lados. Este documento concluye con algunas recomendaciones de política para el sistema de salud colombiano. En particular se contempla la posibilidad de introducir, al margen, una competencia en primas entre EPS para que la competencia entre ellas sea más efectiva. En el contexto actual, el canal de transmisión de las ganancias de eficiencia que generan las EPS está obstruido. Por ende, la competencia en primas permitiría una mejor transmisión de estas eficiencias.

Keywords: Health care markets, competition policy, information asymmetries

Palabras clave: Mercados de salud, política de la competencia y asimetrías de información

Clasificación JEL: I11, I18, L10, L13

Primera versión recibida el 22 de noviembre de 2013; versión final aceptada el 15 de diciembre de 2013

Coyuntura Económica, Vol. XLIII, No. 2, diciembre de 2013, pp. 17-52. Fedesarrollo, Bogotá - Colombia

* Parte de las reflexiones de este artículo han sido objeto de un trabajo realizado con Marcela Meléndez, Dario Maldonado y Manuel Ramírez destinado a la Superintendencia de Industria y Comercio. El autor ha beneficiado también de una magnífica ayuda por parte de Julieth Santamaría.

** Profesor Asociado de la Facultad de Economía de la Universidad de Los Andes y visiting fellow en Toulouse School of Economics. Correo electrónico: d.bardey@uniandes.edu.co

I. Introducción

Analizar el funcionamiento de la competencia en el sector de la salud es difícil debido al gran número de agentes que intervienen en él y a las diferentes relaciones contractuales que les unen. Lo ideal sería partir de una definición de mercados relevantes con el fin de identificar todos los agentes que pueden verse afectados por las interacciones y estrategias de los demás agentes así como por los espacios en los que éstos interactúan. Sin embargo, por la multiplicidad de agentes y mercados geográficos asociados con la prestación de los servicios de salud y la complejidad que representa su identificación, la literatura se concentra en el análisis de las interacciones de unos pocos agentes.

A continuación se presenta una revisión de la literatura sobre los mercados en el sector de la salud y las estrategias potenciales que pueden existir entre los agentes involucrados en éstos, sus consecuencias para los agentes y para el bienestar social general. Más precisamente, los principales tres actores que se analizan en la literatura son: 1) las compañías aseguradoras que manejan el riesgo de enfermedad, 2) los agentes que prestan servicios de salud y 3) los consumidores que demandan salud.

Esta introducción es voluntariamente corta. Dado que el sector de la salud colombiano sigue el modelo de competencia tipo *"managed care"*, donde una gran parte del financiamiento del sector

pasa por las manos de las Empresas Promotoras de Salud (EPS), es posible hacer un resumen de los diferentes mecanismos a partir de la descomposición de lo que constituye una prima de seguro. Por lo tanto, en la próxima sección se descompone esta prima y de esa descomposición sale la estructura del resto de esta revisión de literatura. La revisión está articulada alrededor de los problemas causados por las asimetrías de información y de los aspectos de organización industrial y de política de la competencia que son relevantes en la caracterización del sector de la salud. Para cada sección, se presentan los diferentes fenómenos de manera general y sus eventuales aplicaciones al sector de la salud colombiano.

A. ¿Qué es un contrato de seguro de salud?

Las compañías aseguradoras ofrecen a sus afiliados una cobertura en caso de contraer una enfermedad, razón por la cual, el paciente no paga nunca la totalidad del costo financiero del tratamiento de salud, sino una proporción más reducida, definida por las características del contrato. Cuando los contratos no tienen ningún mecanismo de copago, los pacientes pueden incluso no tener que contribuir directamente a sus gastos en salud. Una cobertura total permite a los asegurados mantener un flujo constante de recursos que no esté afectado por fluctuaciones causadas por problemas de salud imprevistos. En la práctica, las coberturas son generalmente incompletas aunque permiten reducir las fluctuaciones que afectan a los individuos¹.

Los asegurados son aversos al riesgo y por eso están dispuestos a pagar una prima para poder recibir esta reducción de sus gastos eventuales de salud. Cuando no hay mayores problemas de información asimétrica en los mercados de seguros de salud, esta prima refleja el gasto esperado del asegurado, que depende principalmente de algunas variables observables como edad, género, etc, y de los costos de gestión de las compañías de seguros.

Para simplificar la presentación de los argumentos, se considera que el riesgo de salud de cualquier paciente i se caracteriza por una probabilidad p_i de padecer una enfermedad y que el gasto ocasionado por la enfermedad se denota como L . Considere la variable c que representa la tasa de copago, en otras palabras la tasa que determina los gastos de bolsillo de los pacientes. En general, L depende de: i) las respuestas de los individuos frente a la enfermedad, capturada a través de la función de demanda de tratamientos y servicios de salud $Q(c)$ con $Q'(c) < 0$, ii) de cómo cambian los precios $\rho(c)$ que tarifican los proveedores, también con $\rho'(c) < 0$. Se justifican el sentido de las variaciones de Q y ρ con respecto a c más adelante. Se tiene: $L(c) = \rho(c) * Q(c)$ con $L'(c) < 0$. La función $L(c)$ muestra

que tan sensibles son los gastos en salud a la tasa de copago². La prima de un contrato de salud, entonces, se puede escribir de la siguiente manera:

$$P_i = (1 + \gamma) p_i L(c) = (1 + \gamma) p_i \rho(c) * Q(c) \quad (1)$$

Esta fórmula dice que la prima P_i pagada por un asegurado, caracterizado por una probabilidad p_i de padecer una enfermedad, es igual al producto de esta probabilidad por el nivel de gasto realizado que depende, a su vez, de la tasa de copago c que debe pagar el asegurado en caso de enfermedad. El caso de γ igual a cero corresponde a lo que los actuarios o economistas llaman respectivamente prima pura o prima actuarial. En este caso particular, la prima actuarial es sencillamente la esperanza matemática de los gastos en salud.

Hay principalmente dos aspectos de organización industrial y de política de competencia que deben tenerse en cuenta en el aseguramiento del riesgo en salud. El primero está asociado con el parámetro γ , que representa los costos de gestión de las compañías de seguro en su conjunto. La existencia de γ implica que las primas facturadas se alejan automáticamente del valor actuarial de

¹ Como se verá más adelante, estas coberturas incompletas se generan por los comportamientos de riesgo moral, que es preferible limitar, o por los fenómenos de selección adversa.

² El enfoque usado es estático y no tiene en cuenta que mayores gastos de bolsillo pueden limitar el acceso y por tanto aumentar la severidad de las enfermedades de los pacientes, lo que en el largo plazo puede generar un aumento de los gastos en salud. Este argumento fue usado para promover la Obamacare donde los demócratas explicaron que dar una mayor cobertura a la población permite reducir los gastos en salud. Es un punto que se debe ser objeto de estudios empíricos.

la prima. El valor de γ depende de la intensidad de la competencia entre las compañías que ofrecen seguros de salud. A mayor competencia se debe disminuir el valor de este parámetro γ , por lo tanto, se debe reducir la prima pagada por los asegurados. Sin embargo, se debe tener en cuenta que existen economías de escala en la gestión del riesgo de salud³ (Diamond, 1992) de forma que no hay siempre una relación monótona entre este parámetro y la concentración del mercado. Uno de los aspectos claves de los mercados de seguros de salud es alcanzar el mejor balance entre por un lado, las economías de escala, y por otro, las virtudes de la competencia atribuidas a su capacidad de disciplinar al mercado y por tanto de bajar los costos.

El segundo aspecto se refiere a la determinación del nivel de gasto $L(c) = \rho(c) * Q(c)$, que a su vez involucra dos efectos. El primer efecto que debe considerarse tiene que ver con la formación del precio $\rho(c)$. Si se considera un número limitado de aseguradoras que ofrecen seguros de salud y por otro lado un número restringido de prestadores de servicios de salud, la estructura del mercado resultante es un oligopolio bilateral (ver Gal-Or [1999] y Eggleston *et al.* [2001]) donde las fuerzas de mercado generadas por la concentración relativa de los dos mercados y su grado de competencia

determinan el precio. Cuando una o varias compañías que ofrecen seguros de salud se integran verticalmente a los prestadores de salud, se sustituye el precio ρ por un valor que generalmente se supone cercano al costo marginal (Salinger [1988] y Baranes y Bardey [2012]). Lo anterior constituye el objeto de la sección IV. Además, como lo muestran Bardey *et al.* (2014) en un enfoque normativo, una tasa de copago de tipo *advalorem* permite neutralizar parcialmente el poder de mercado de los prestadores en salud.

La cantidad de servicios de salud consumida también puede estar determinada por factores que son objeto de estudio de la organización industrial. La relación paciente-médico se caracteriza en la literatura económica como una relación que se da en una estructura de mercado de competencia monopolística (Pauly y Satterthwaite, 1981). Esta relación determina parcialmente las cantidades consumidas por los pacientes. Estos aspectos de competencia monopolística relacionados con las estrategias de especialización de los médicos se tratan también en la sección IV.

La variación de la demanda de tratamientos y servicios de salud con respecto a la tasa de copago puede responder también a comportamientos de riesgo moral *ex post* (Pauly, 1968). A mayor nivel de

³ Es decir, el costo medio de la gestión del riesgo de salud disminuye a medida en que el número de asegurados es mayor, y esto ocurre sobre el rango relevante de la demanda.

cobertura, menor es la elasticidad de la demanda de los pacientes y por tanto, a nivel de severidad de la enfermedad dado, se incrementan los gastos (ver sub-sección III.B).

Los problemas inherentes a las asimetrías de información que tienen fuertes consecuencias sobre el buen funcionamiento de la competencia en este sector están asociados principalmente a las dificultades de las compañías de seguros para observar la probabilidad p_i de enfermarse de cada asegurado. La eficiencia de los mercados de seguros de salud depende de la naturaleza de la selección, es decir si los individuos que acuden a coberturas voluntarias contra el riesgo de salud tienen un riesgo mayor o menor que el promedio de la población⁴ (ver sub-sección II.A).

Uno de los problemas metodológicos que plantea esta revisión de literatura es que los aspectos de organización industrial y los aspectos contractuales que tienen origen en las numerosas asimetrías de información que caracterizan este sector interactúan de forma compleja. Por lo tanto, en este escenario de tipo "huevo-gallina" es difícil saber por dónde empezar. Los problemas de asimetrías de información tienen más consecuencias sobre el diseño de las estructuras de mercado que los aspectos de organización industrial sobre los problemas

contractuales. Por lo tanto, se ha escogido empezar esta revisión de literatura por los problemas de asimetría de información, seguido por los aspectos de organización industrial. Ambos tienen consecuencias directas o indirectas sobre los aspectos de política de la competencia en el sector de la salud.

II. Asimetrías de información en el mercado de la salud

Usualmente las asimetrías de información afectan en primera medida a las transacciones que se pueden realizar entre las compañías aseguradoras y la población que se quiere asegurar. A continuación se explican los tipos de asimetrías que se pueden presentar en el mercado de la salud: selección adversa, selección de los riesgos, riesgo moral *ex ante* y riesgo moral *ex post*.

A. Naturaleza de la selección: ¿adversa o ventajosa?

La naturaleza de la selección en los mercados de seguros de salud es uno de los aspectos más estudiados. Históricamente, son los problemas de selección adversa que más han llamado la atención de los economistas. Más recientemente, se ha analizado la hipótesis opuesta conocida como selección ventajosa.

⁴ Los problemas de selección de riesgos por parte de las compañías de seguros pueden también explicar la naturaleza de la selección que existe en los mercados de seguros de salud.

La selección adversa surge de la incapacidad de los aseguradores de identificar la clase de riesgos a la cual pertenecen sus asegurados. Las compañías no pueden establecer contratos con el mismo nivel de cobertura pero con niveles de prima diferentes destinados a asegurados con niveles de riesgo distintos. Esta incapacidad les obliga a fijar primas en función del riesgo promedio calculado a nivel de toda la población o al interior de categorías de riesgo fácilmente observables. Cuando las primas no reflejan la heterogeneidad de los riesgos de los asegurados, se genera un fenómeno de selección adversa. Para los *riesgos bajos*, la prima que refleja el riesgo promedio parece onerosa, mientras que, para los *altos riesgos*, la cobertura ofrecida en el contrato de seguro parece económica. El resultado es que los *riesgos altos* se aseguran en mayor proporción que los *riesgos bajos*. Este fenómeno puede conducir a fenómenos de "espiral de la muerte", obligando a las compañías a elevar las primas para tener en cuenta este sesgo de la población asegurada, lo que desmotiva aún más a los usuarios de *bajo riesgo*. En algunas circunstancias, estos fenómenos pueden repetirse hasta la desaparición de algunos aseguradores o de los contratos más generosos (Buchmueller y Di Naro, 2001)⁵. En casos

extremos, el fenómeno de selección adversa conlleva a un nivel de sub-aseguramiento al nivel de la población (Einav *et al.*, 2010). Este fenómeno de selección adversa puede ser superado si se impone la obligatoriedad del aseguramiento en salud. En tal caso, los bajos riesgos no pueden "escaparse" del mecanismo de agrupamiento de los riesgos.

De manera simétrica (y opuesta) se ha desarrollado la teoría alternativa de la selección ventajosa (ver Einav *et al.*, 2010). Esta teoría considera una heterogeneidad en la aversión al riesgo que puede explicar que la gente con mayor aversión al riesgo, realiza más prevención, lo que les permite disminuir su riesgo de salud y de manera simultánea se asegura más. En ese caso, los individuos con la mayor disposición a pagar para cubrirse contra el riesgo de salud y sus consecuencias financieras, tienen un menor riesgo de enfermarse. Einav *et al.* muestran que esta situación puede conllevar a un equilibrio también ineficiente con un sobre-aseguramiento de la población, en oposición al equilibrio de sub-aseguramiento que ocurre con el fenómeno de selección adversa.

En Colombia, la naturaleza de la selección es relevante principalmente para los planes de salud volun-

⁵ Una manera en que las compañías evitan esa espiral de la muerte es proponiendo menús de contratos que contienen niveles de cobertura diferentes (Rothschild y Stiglitz, 1976). De manera caricaturesca si se sigue la idea de que existen solamente dos clases de riesgos, *altos y bajos*, los menús de contratos que ofrecen las compañías deben contener un contrato con cobertura completa asociada a una prima alta y otro contrato que contiene un deducible y una prima baja. Las compañías deben fijar el nivel de deducible de tal manera que no sea para los altos riesgos rentable o demasiado costoso, escoger el contrato de los bajos riesgos. Este diferencial de cobertura constituye entonces una herramienta para las compañías que quieren implementar un mecanismo de *auto-selección* de los asegurados de tal manera que escojan el contrato destinado a su clase de riesgo.

tarios, pues en el régimen contributivo la afiliación es obligatoria, mientras que, en el régimen subsidiado, el pequeño porcentaje que todavía no se beneficia de una cobertura se explica más por razones y condiciones socio-económicas que por otras cosas. La proporción de hogares afiliados a planes voluntarios es alrededor de 5% de la población total y por ley son afiliados que vienen del régimen contributivo. En un estudio reciente, Bardey et al. (2014) revelan que los individuos afiliados a un plan voluntario de salud (principalmente seguros de salud o medicina prepagada) gastan menos en su plan obligatorio de salud (POS) que el resto de los individuos. Sin embargo, para poder concluir que los planes voluntarios generan ahorros para el sistema obligatorio se tiene que determinar la naturaleza de la selección que caracteriza a los afiliados que acuden a esos planes. Debido a algunas limitaciones de los datos con las cuales han trabajado, estos autores no han podido pronunciarse sobre la naturaleza de la selección⁶. Esta caracterización es crucial para poder determinar si una política de subsidios destinados a la compra de planes voluntarios de salud aumentarían o disminuirían los gastos en salud financiados con recursos públicos (ver Buitrago, 2014).

B. Selección de riesgo

Cuando no hay una regulación específica en los mercados de seguros de salud, los aseguradores

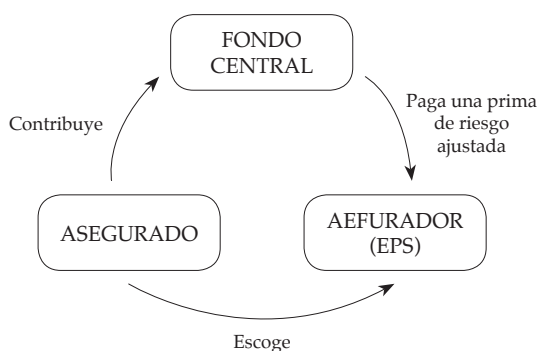
tratan de predecir los costos esperados de los asegurados con el fin de ofrecer un contrato que se ajuste a las características de cada asegurado. Ese tipo de tarificación en función de las características individuales de los asegurados puede generar problemas de equidad cuando las personas deben pagar primas más onerosas porque se caracterizan por un riesgo de salud mayor del cual no son responsables. Por esta razón, puede ser preferible un sistema de ajustes de riesgo en el cual los asegurados no paguen directamente su prima a su asegurador y que su contribución dependa de sus ingresos en lugar de su perfil de riesgo.

Tal regulación se aplica en varios países, tales como Países Bajos y Colombia. El asegurado está obligado por la normatividad a contratar algún seguro de salud, sin embargo, tiene la libertad de escoger al asegurador con quien quiere hacer el contrato. Por otra parte, cada asegurado debe hacer una contribución a un fondo público que depende del ingreso de la persona. Finalmente, este fondo público que recauda todas las contribuciones de los asegurados, las redistribuye entre las compañías aseguradoras mediante el pago de unidades por capitación (UPC) ajustadas al riesgo, según la composición de los asegurados de cada asegurador, con el objetivo de compensar al asegurador por tener dentro de su portafolio a personas con diferentes

⁶ Buitrago (2014) revela que la naturaleza de la articulación entre el sistema obligatorio y los planes voluntarios, i.e. suplementaria versus complementaria, influye para determinar si los planes voluntarios aumentan o disminuyen los gastos del plan obligatorio.

riesgos (Schokkaert & Van de Voorde, 2004). Es decir, las unidades de capitación que reciben las aseguradoras de salud del fondo público deben reflejar los riesgos de los asegurados de forma tal que una aseguradora caracterizada por asegurados con un perfil de riesgo de salud más severo esté compensada⁷.

Figura 1



Fuente: Basado en Van de Ven & Van Vliet (1992).

Por lo tanto, el problema de *selección de riesgo* ocurre cada vez que los pagos por capitación no reflejan suficientemente el riesgo individual de los asegurados. En este caso, los aseguradores pueden

identificar quienes generarán en promedio un gasto por encima o por debajo de la UPC que les corresponde y por lo tanto tienen incentivos para atraer personas de "riesgo preferido"⁸. Los aseguradores enfrentan una disyuntiva entre invertir en acciones y estrategias para alcanzar una mayor eficiencia o enfocarse en seleccionar los riesgos, es decir escoger asegurados caracterizados por un riesgo menor (que el promedio de la población). Las ganancias que pueden obtener con esta última estrategia pueden ser muy altas (Zweifel, Breyer & Klemann, 2009), especialmente si no todos los aseguradores la practican.

La selección de riesgo puede materializarse mediante diferentes estrategias por parte de las compañías aseguradoras. Estas estrategias difieren dependiendo del objetivo que se quiera perseguir y también de la capacidad con la que se haga cumplir la regulación que las prohíbe. Si lo que se busca es que existan pocas personas de riesgo alto que se inscriban a los planes de salud, entonces los aseguradores tratan de contratar proveedores que ejecuten sus servicios en zonas geográficas

⁷ En países que adoptan esta organización del sector del aseguramiento en salud, además de la competencia en calidad que hacen las aseguradoras en salud, se puede añadir una competencia en precios que consiste en el pago de una pequeña prima uniforme de los asegurados a su EPS.

⁸ *A priori* basados en hipótesis contrarias en lo que concierne la asimetría de información, la selección de riesgo es compatible con los fenómenos de selección adversa explicados en la sub-sección anterior. En efecto, a pesar de que las compañías de seguros de salud no observan perfectamente las clases de riesgo de sus asegurados, pueden formar categorías de riesgo en las cuales saben que las proporciones de altos y bajos riesgos difieren y operar sus estrategias de selección de riesgo a partir de estas categorías. Además, se debe resaltar que la selección de los riesgos puede contribuir al surgimiento de un equilibrio en el cual domina el efecto de selección ventajosa.

con condiciones sanitarias favorables, hacen publicidad selectiva o promocionan planes de salud por correo a las personas más saludables, añaden dentro de los planes ofrecidos servicios que sólo son consumidos por personas saludables, como en los gimnasios, por ejemplo. Por otra parte, cuando la persona de riesgo alto ya se encuentra asegurada por la compañía y se busca incentivarlo para que se traslade a otro asegurador, las estrategias potenciales que puede usar la firma son: aumentar el tiempo de espera para apartar una cita con un especialista, aumentar la incertidumbre acerca de su diagnóstico, tener trato descortés con el paciente, etc. Este tipo de estrategias desmejoran el bienestar del paciente con el fin de incentivarlo a trasladarse a otra compañía.

Es importante resaltar que las **estrategias de selección de riesgo por parte de las aseguradoras pueden generar fenómenos de competencia desleal**. En efecto, si algunos aseguradores seleccionan los riesgos y se benefician de asegurados con un riesgo menor que el promedio de la población, a pesar de no ser necesariamente las más eficientes del mercado, estos aseguradores pueden obtener ganancias mayores y en el mediano plazo sacar del mercado aseguradores más eficientes pero que no practican estrategias de selección de riesgo. Además, si el marco normativo obliga a que al final toda la población consiga un seguro de salud, y que tales estrategias generen costos, si todos los aseguradores practican estrategias de selección de riesgo de manera similar, entonces se genera

un escenario tipo dilema del prisionero. Más precisamente, cada asegurador tiene como estrategia dominante seleccionar los riesgos, pero como todas usan esta estrategia, en la práctica esto no tiene efecto sobre el equilibrio del mercado, y se habrían podido ahorrar los gastos que genera.

Para evitar la selección de riesgo o por lo menos suavizar sus efectos, en la literatura de economía de la salud se recomienda enfocarse en tres puntos: 1) mejorar la fórmula determinante de unidad por capitación, 2) permitir que haya una libre escogencia de la compañía aseguradora e 3) introducir mecanismos retrospectivos.

En cuanto al primer punto, en la literatura se ha encontrado que la elección de los factores de riesgo en los mecanismos de ajuste es crucial, ya que puede ya sea facilitar o dificultar la selección de riesgos. El objetivo que se debe perseguir es elegir aquellas variables que expliquen de manera adecuada las varianzas de los gastos individuales de los agentes, porque se quiere minimizar esta varianza. Las variables como sexo, región, ingreso, educación, edad, que son las primeras utilizadas, permiten explicar parte de la varianza individual pero son consideradas como no suficientemente predictivas de la varianza para eliminar los incentivos de las aseguradoras en salud para seleccionar los riesgos. Howland *et al.* (1987) y Lubitz (1987) encuentran que la utilización previa de servicios de salud y el nivel de los gastos en salud del año anterior, entre otras variables, aumentan

de manera importante la parte explicativa de la varianza individual de los gastos en salud de los asegurados. Además, se ha encontrado que cuando se incluyen muchos factores de ajuste, la varianza explicada aumenta bastante, es decir, a medida que la unidad de pago por capitación está en función de más variables relevantes, es más difícil para los aseguradores seleccionar los riesgos. Cuando las predicciones de costos para ambos tipos de riesgos son relativamente buenas, el mercado de aseguramiento es más eficiente bajo el esquema de ajuste de riesgo. Por otro lado, el sistema de ajuste de riesgo mejora la equidad, porque los aseguradores reciben contribuciones más altas por los asegurados caracterizados por un alto riesgo, lo que les ayuda a cubrir una mayor parte del gasto potencial (Glazer y McGuire, 2000 y 2002, y Jack, 2006).

El regulador enfrenta la siguiente disyuntiva: por un lado quiere dar los incentivos para que las aseguradoras tengan un manejo eficiente de los recursos al gestionar el riesgo en salud; por otro lado, quiere mitigar el problema de selección de riesgo. Además de la introducción de ajustes de riesgo, Van Barneveld *et al.* (2003) muestran que la introducción de pagos retrospectivos⁹, es decir el uso de pagos mixtos, permite suavizar una gran parte de los problemas de selección de riesgo, aun-

que vaya en detrimento de la búsqueda de mayor eficiencia por parte de las aseguradoras.

En Colombia, la Ley 100 de 1993 organizó el sistema de salud colombiano alrededor de un mecanismo de ajuste de riesgo con el fin de garantizar el acceso de toda la población a los servicios, eliminando total o parcialmente el vínculo directo en precio que relaciona a los asegurados con los aseguradores. Como se verá más adelante, la competencia únicamente basada en calidad, que es una noción abstracta al nivel de las EPS, no conlleva a una competencia fuerte entre EPS. En lo que concierne la regulación que suaviza la selección de los riesgos por parte de las EPS, las UPC son ajustadas en función de la edad, el género y la región del hogar. Como estos factores de riesgo explican una porción relativamente baja de la varianza individual, se complementa por un mecanismo de compensación, conocido bajo el nombre de la cuenta de alto costo. Esta cuenta de alto costo reembolsa parcialmente a las EPS de los gastos en salud de sus afiliados caracterizados por algunas enfermedades (enfermedad renal de alto costo, etc.). Esta regulación permite entonces suavizar los incentivos en seleccionar los riesgos. Sin embargo, la competencia entre EPS involucra un oligopolio mixto en el sentido que existen varias EPS públicas. A pesar de este mecanismo de compensación, la nueva EPS quien heredó de los afiliados del antiguo Seguro Social sigue con una población de afiliados con un riesgo mucho más alto que el promedio de la población colombiana.

⁹ Se habla de pago retrospectivo cuando el regulador ha podido observar la ocurrencia de los riesgos de los afiliados de un asegurador y que realiza un pago que depende de estas ocurrencias. El pago es mixto cuando combina pagos prospectivos y retrospectivos.

III. Riesgo moral

Los problemas de riesgo moral en los contratos de seguro de salud consisten en un aumento del riesgo (en comparación con una situación sin cobertura de salud) debido a la presencia de una cobertura contra las incertidumbres financieras generadas por el riesgo de salud. Este incremento del riesgo de contraer una enfermedad por parte de los asegurados puede surgir de diferentes maneras. Este incremento puede ocurrir *ex ante*, es decir antes de la declaración de una enfermedad, o *ex post*, una vez que el asegurado esté declarado como enfermo.

A. Riesgo moral *ex ante*

La problemática del riesgo moral *ex ante* es muy sencilla: el seguro desmotiva las acciones de prevención de los asegurados. Cuando los asegurados se benefician de una cobertura completa, no perciben los costos y beneficios de sus acciones de prevención porque obtienen el mismo nivel de riqueza, sin importar lo que suceda. Además, como sus comportamientos en términos de prevención no pueden ser observados, los aseguradores no pueden fijar las primas en función de estos comportamientos, lo que hace que los asegurados no se beneficien de una reducción de sus primas por "comportamientos positivos". Al final, la ineficiencia del riesgo moral *ex ante* se traduce en riesgos más frecuentes, y en consecuencia, en primas mayores. Shavell (1979) muestra que un contrato que contiene un deducible permite reducir las ineficien-

cias del riesgo moral *ex ante*. En efecto, el deducible permite a los asegurados internalizar parcialmente los beneficios de sus actos preventivos. Bardey y Lesur (2005) muestran, sin embargo, que introducir un deducible puede ser ineficiente en el caso del seguro de salud cuando los asegurados internalizan los beneficios de sus comportamientos de prevención a través del mejoramiento de su estado de salud. En efecto, como los asegurados ya tienen "*incentivos naturales*", puede ser ineficiente añadir incentivos financieros a través de un deducible.

Los problemas de competencia causados por los comportamientos de riesgo moral *ex ante* surgen de las externalidades negativas que pueden traer consigo las coberturas complementarias. Considérese el caso de un deducible que sea óptimo para reducir estos comportamientos. Si los asegurados tienen la oportunidad de comprar un seguro de salud complementario para cubrirse contra el riesgo financiero generado por el deducible, entonces el seguro de salud complementario constituye una externalidad negativa sobre el agrupamiento del riesgo del primer seguro de salud. Esto podría evitarse si los aseguradores que intervienen en los distintos niveles hicieran esfuerzos de coordinación. Sin embargo, conseguir esta coordinación puede ser difícil y es probablemente por esto que no existe ningún resultado que haya mostrado que los mercados de seguros de salud puedan evitar estos problemas de coordinación entre los diferentes niveles de cobertura. En términos de política de la competencia, esto implica

que *a priori* una regulación sobre los niveles de cobertura es necesaria en caso de que el regulador quiera implementar un deducible o un gasto de bolsillo no reembolsable.

En Colombia, la mayoría de las políticas de prevención hacen parte de las misiones de las EPS, lo que es una manera de suavizar los problemas de riesgo moral ex ante. Además de esta responsabilidad de las EPS, el gobierno implementa igualmente políticas de salud pública, especialmente para las enfermedades que pueden generar epidemias, lo que es una manera de controlar las externalidades que pueden generar esas enfermedades.

B. Riesgo moral ex post

Los comportamientos de riesgo moral *ex post* aplicados a los contratos de seguros de salud implican un incremento de los gastos en salud debido a la cobertura de salud una vez que los asegurados contraen una enfermedad (Pauly, 1968). Este incremento de los gastos de los pacientes proviene sencillamente de una disminución de los precios pagados por los pacientes. En efecto, no se sabe manejar el agrupamiento del riesgo de salud de otra manera diferente a la disminución del precio de los cuidados de salud pagados por los pacientes. Como los tratamientos de salud entran en la categoría de bienes normales¹⁰, se observa entonces

un aumento de los gastos por parte de los asegurados según la generosidad de su cobertura. En la práctica, estos incrementos en los gastos de salud pueden tomar varias formas. Pueden ser causados por una falta de búsqueda de los médicos menos onerosos, el consumo de tratamientos más onerosos, etc (ver Bardey *et al.* 2003).

Los mismos problemas de coordinación pueden ocurrir entre los diferentes niveles de cobertura que en el caso de los comportamientos de riesgo moral *ex ante*. Lo anterior implica que si el regulador quiere imponer algún nivel de gastos de bolsillo a los pacientes para disminuir estos comportamientos de riesgo moral *ex post*, tiene que imponer una regulación para prohibir el reembolso integral de los gastos de salud de los pacientes.

Como se estudia en la sección siguiente, enfocada en los aspectos de organización industrial, existen interacciones entre estos aspectos de riesgo moral *ex post* y la concentración de los mercados de salud de manera general, y de los hospitales en particular. En efecto, el número limitado de compañías de seguros ofreciendo cobertura de salud y el número limitado de prestadores de salud puede formar en algunos casos un oligopolio bilateral. Un oligopolio en el mercado de los prestadores de salud genera, *a priori*, precios superiores a los

¹⁰ En la teoría microeconómica tradicional se conoce como bienes normales aquellos bienes cuya demanda aumenta cuando aumenta el ingreso del consumidor y disminuye cuando el ingreso disminuye.

costos marginales. Por lo tanto, se puede pensar que esta distorsión reduce la creada por los comportamientos de riesgo moral *ex post*. Sin embargo, Gaynor *et al.* (2000) muestran que no existe una compensación perfecta entre estas dos distorsiones. En términos de política de la competencia, este resultado implica que no se puede justificar un mayor poder de mercado en el mercado de los prestadores de salud para disminuir las ineficiencias que provienen de los comportamientos de riesgo moral de los asegurados.

En Colombia, el sistema de salud es muy redistributivo y tiene la particularidad de que los gastos de bolsillo pagados por los pacientes dependen principalmente de los ingresos de los hogares. Lo anterior genera una demanda por los tratamientos y procedimientos en salud totalmente inelástica. Frente a tal función de demanda, los prestadores tienen incentivos para aumentar los precios de sus servicios. En el caso de los recobros que son gastos en salud directamente asumidos por el Estado y que no afectan a las EPS, estos precios han tomado valores muy elevados, como es el caso para algunos medicamentos. La ley Estatutaria de 2013 implementó entonces techos para limitar el poder de mercado de los laboratorios farmacéuticos.

En Bardey et al. (2014) se revela que la articulación entre la cobertura obligatoria (POS) y los planes voluntarios responde a un modelo mixto, es decir que existe un componente de complementariedad, lo que genera una externalidad negativa sobre los gastos del POS, y un componente de suplementariedad.

IV. Aspectos de Organización Industrial

En el sector de la salud, es difícil encontrar un análisis en el que se incluyan las interacciones de todos los agentes que pertenecen a esta cadena: instituciones prestadoras de servicios de salud, médicos, compañías aseguradoras, consumidores, laboratorios farmacéuticos, entre otros. Es por esta razón que la literatura hace referencia a dichas interacciones que suceden en el mercado entre los agentes del sector mediante un análisis parcial, es decir, se miran las interacciones de pocos agentes por aparte.

A lo largo de esta sección se abordan las principales prácticas competitivas o anti-competitivas que se han identificado en el sector de la salud, haciendo un breve repaso de las contribuciones teóricas para luego entender las consecuencias en términos de política de competencia que tienen estas prácticas. De esta manera, se puede construir un panorama de cómo pueden ser interpretados los diferentes resultados que se ven en el sector de la salud en Colombia.

A. Competencia Monopolística y *numerus clausus*

Los médicos son agentes que ofrecen servicios diferenciados a la economía. La variedad de servicios que ofrecen es una variable con impacto importante en el bienestar de los pacientes. El modelo para pensar en un mercado en el que la variedad de servicios es importante es el de competencia monopolística.

Los mercados de competencia monopolística están caracterizados por la presencia de un número no determinado de proveedores del servicio que ofrecen un producto diferenciado. Esta diferenciación, se ha visto en la literatura desde el punto de vista geográfico, de especializaciones o de calidad en la prestación de servicios. Para el caso de las especializaciones médicas, se asume que los médicos ofrecen servicios en un área particular de la medicina (cardiólogos, endocrinólogos, ortopedistas, entre otros). De esta manera, el médico tiene poder monopólico en su especialización debido a la ausencia de sustitutos perfectos. Además, en cualquier relación de agencia que involucra un experto, en nuestro caso el médico, existen desde el punto de vista de los pacientes costos de cambio por no poder evaluar perfectamente la calidad de los servicios recibidos. Al tener el poder monopolístico sobre cierto número de tratamientos, el médico tiene la posibilidad de cobrar un precio por encima del costo marginal aún cuando exista un gran número de médicos ejerciendo la misma especialidad. Siguiendo este modelo se ha explicado el *bonus* de los médicos sobre otras profesiones a partir de la presencia de competencia monopolística entre médicos (McGuire, 2000).

La ubicación geográfica es también una variable que cobra relevancia en el marco de la competencia monopolística. La observación importante es que la presencia de un número importante de especialistas en un área particular no necesariamente significa la existencia de un mercado competitivo.

Es importante entender cuál es el área de influencia de los especialistas para entender si hay o no poder de mercado. Además, el número de médicos de una especialidad en un lugar geográfico particular está, normalmente, correlacionado con la población del mismo lugar; esto implica que no necesariamente un aumento en el número de especialistas es señal de una mayor competencia (Newhouse *et al.*, 1982; Brenahan y Reiss, 1991; Rosenthal *et al.*, 2005). El análisis de las configuraciones de mercado bajo esta perspectiva tiene el nombre de "estudios de variaciones regionales" (Mobley y Frech, 1998).

Como en otros temas analizados en este documento, el contexto institucional es importante. Las limitaciones a la entrada de especialistas o de los pacientes para escoger a sus médicos tratantes, *ceteris paribus*, reducen la competencia y hacen que el modelo de competencia monopolística sea más relevante. Además, dado que los precios de los médicos pierden cierta relevancia en este contexto como consecuencia del gasto compartido entre el usuario y la aseguradora, los incentivos de los médicos cambian dependiendo del esquema de reembolso utilizado por la compañía aseguradora (Gaynor & Town, 2011). Las predicciones que se obtienen con el modelo de competencia monopolística han sido corroboradas empíricamente para algunos países.

Un aspecto muy relacionado con el de la competencia monopolística es el de la configuración de las especializaciones médicas. Como en el caso de la competencia monopolística, una parte del

problema es el del número de especializaciones (variedades), la diferenciación entre ellas y el número de especialistas en cada una de ellas. Desde el punto de vista de la política de competencia, el problema es en qué medida estas tres dimensiones afectan la competencia entre especialistas. El problema también está afectado por elementos institucionales como la presencia de compañías aseguradoras que pueden eventualmente establecer límites a la entrada al mercado; el papel del Estado en decidir cuántos especialistas debe haber en cada área, *i.e. políticas de numerus clausus*; o el papel de las organizaciones de médicos y de las facultades de medicina en la determinación del número de especialistas.

El tamaño del mercado dentro de cada especialidad debe estar regido por las necesidades de la población cubierta. Sin embargo, si el tamaño de la oferta de la especialidad afecta las remuneraciones de los médicos a través de efectos de la competencia, los distintos jugadores que participan en el mercado tienen incentivos diferentes para la fijación del tamaño mismo del mercado y probablemente pueden usar su poder de mercado en busca de mejores remuneraciones.

En un mundo simple en el que los jugadores que participan en el mercado son pacientes y mé-

dicos, y en donde las barreras geográficas no son importantes para la determinación del mercado relevante, los médicos tienen incentivos para controlar el número de especialistas de cada área para generar remuneraciones elevadas. Los mismos especialistas tienen la capacidad de controlar esto en la medida en que son ellos mismos (o sus asociaciones y agremiaciones) los que ofrecen cupos de especialización en hospitales y universidades. Esto lleva a un número sub-óptimo de especialistas en cada rama. Sobre la forma en que la educación médica se articula con el mercado de los cuidados médicos, Leffler y Lindsay (1981) muestran evidencia de que la relación entre el mercado de cuidados médicos y el de educación médica responde a una lógica económica tradicional; es decir, que las decisiones de oferta de cupos de especializaciones sí responden a los incentivos que da el mercado.

En sistemas de salud en los cuales el Gobierno se involucra en la organización del mercado médico, el instrumento que está detrás de la determinación del tamaño del mercado en cada especialidad es el *numerus clausus*. Habitualmente el *numerus clausus* es una cláusula explícita, fijada por alguna autoridad central, en donde se determina el número de cupos de cada especialidad que se va a abrir en una región o en un país¹¹.

¹¹ Dos análisis de los mecanismos para obtener números adecuados de especialistas son Porteiro (2000) y Schaumans y Verboven (2006).

Las barreras geográficas son importantes en la determinación del mercado relevante y no hay, necesariamente, una relación entre el lugar de formación del especialista y el lugar en que éste hace su ejercicio profesional. Por otro, si como sucede en muchos países, las remuneraciones a los médicos las decide el Gobierno o intermediarios que manejan recursos públicos para financiar cuidados de salud, estas instituciones pueden usar su poder de mercado para reducir las remuneraciones de los especialistas. El resultado del juego entre éstas y los especialistas puede llevar a una situación subóptima tanto para los pacientes, en la medida en que no hay oferta adecuada, como para los médicos, porque las remuneraciones terminan siendo bajas.

Los elementos necesarios para que este fenómeno esté presente son: i. las decisiones al interior de la práctica de la profesión médica deben estar motivadas por diferenciales en las remuneraciones entre distintas especialidades; ii. el tamaño de la oferta afecta las remuneraciones de los especialistas; iii. las barreras de entrada explican diferencias en remuneraciones de los médicos; y iv. una alta probabilidad de ejercer la profesión en un lugar cercano a aquel donde se hizo la especialización. Con respecto al primer punto existe evidencia internacional que muestra que los médicos sí escogen especializaciones de acuerdo con la remuneración (Arcidiacono y Nicholson [2000], Ebell [2008], Gagné y Léger [2005], Thornton [2000], McKay [1990], Nicholson [2002], Nicholson y Souleles [2001] y Thornton [2000]). Con respecto a la relación entre

el tamaño de la oferta y los salarios, Margolis (1983) muestra que hay ineficiencias en el número de cirujanos. Finalmente hay también una serie de trabajos que muestran cómo las barreras de entrada, explícitas o implícitas, aumentan las remuneraciones de los especialistas (Bhattacharya [2005], Nicholson [2003], y Dormont y Samson [2007]).

El tercer elemento es particularmente importante, en la medida en que los otros cuatro puntos no motivarían ningún tipo de política de competencia si no existieran mecanismos para poner las barreras en acción o si los médicos no las usarán para mejorar sus rentas. Sin embargo, existe evidencia internacional que muestra que las asociaciones médicas sí generan restricciones de oferta para aumentar sus remuneraciones. Selder (2006) discute el papel de las asociaciones médicas en Alemania en el otorgamiento de licencias y muestra cómo el papel que les da la regulación puede ser determinante de la forma en que entregan licencias médicas para obtener mayores rentas. En particular, este autor se ocupa de si las asociaciones médicas deben o no ser intermediarias de los recursos públicos para pagos por salud. Además, este autor muestra cómo en la práctica médica puede haber un conflicto generacional en la medida en que en la entrega de licencias estén involucrados los médicos con cierto grado de antigüedad dentro de la profesión (que son quienes tienen el poder en las asociaciones médicas).

En Colombia, la Ley 30 de 1992 que regula las instituciones de educación superior promueve la autonomía de

estas instituciones. Adentro de este marco regulatorio, los profesionales de la salud están sometidos a una regulación adicional, la Ley 1164 de 2007. Por el incremento de la cobertura que ha generado la Ley 100, se ha incrementado también el número de instituciones de educación superior que ofrecen programas para graduar médicos y especialistas. Según Ruiz et al. (2012), este incremento ha sido a costo de la calidad, debido que los procesos de acreditación son de carácter voluntarios. Sin embargo, el lado positivo es que eso ha permitido al país que se incremente de manera substancial el número de médicos.

Ruiz et al. (2012) subrayan también una tendencia hacia una estrategia de sub-especialización por parte de las instituciones de educación superior en el campo de la medicina, lo que puede facilitar los fenómenos de cartelización. Ese fenómeno es posible porque la creación de cupos están determinados por los mismos especialistas en la medida en que son ellos mismos quienes determinan el número de residentes. De acuerdo con esto, se ve que son los mismos especialistas, que intervienen a la vez en programas universitarios y en clínicas, quienes deciden el tamaño de la oferta de su propio mercado y la competencia que van a enfrentar. Existe, entonces, un potencial problema de competencia en la medida en que la decisión sobre el número de especialistas que se aceptan dentro de cada escuela puede estar influenciada por el interés de no generar su propia competencia. Para compensar el poder de oligopsonio de los especialistas, en el contexto de la reforma de salud se propone remunerar a los estudiantes que se quieran dedicar a una especialización, con el objetivo de tener mercados de especialistas menos concentrados, y por tanto más competitivos en el mediano plazo.

B. Competencia entre Hospitales e Integración Horizontal

Los hospitales son actores que tienen una gran importancia en el sector de la salud, en particular, porque son ellos quienes tienen un contacto directo con el paciente y quienes influyen de manera explícita en los precios de los productos médicos ofrecidos. Su estrategia para competir depende del entorno en el que se desenvuelve y de las estrategias utilizadas por sus competidores.

La mayoría de los hospitales son capaces de ofrecer todos los cuidados básicos pero al mismo tiempo pueden estar especializados en el tratamiento de algunas enfermedades particulares (Gal-Or [1997] y [1999]). Por lo tanto, el análisis de la competencia debe tener en cuenta estas estrategias de especialización / diferenciación de los hospitales y no solamente enfocarse en el análisis de la competencia en precio. La literatura se centra mucho más en la competencia en la calidad de prestación de servicio y no en el precio de los servicios, ya que se espera que los servicios ofrecidos por diferentes áreas de especialización médica sean diferentes.

Otra razón para esto es que debido a la presencia de los aseguradores, los pacientes no pagan la totalidad del costo del tratamiento sino que el costo es compartido también por el asegurador, por lo tanto, los precios han perdido cierta relevancia al hablar de la competencia entre hospitales. Esto no significa que en muchos contextos los precios de

los servicios prestados por los hospitales no sean de vital importancia para los gastos de bolsillo pagados por los usuarios. Por otra parte, se ha visto en diferentes estudios que los precios de atención pueden ser objeto de regulación, por lo que las firmas buscan otras dimensiones diferentes a la de precios para competir. De esta forma, una variable que cobra bastante importancia bajo este contexto es la calidad de los servicios ofrecidos.

Además, una de las razones más importantes que tienen las autoridades para que, en determinados casos, no se promueva la competencia en precios entre hospitales, es que si bien ésta incentiva a las firmas a disminuir los precios, no hay seguridad sobre lo que puede pasar con la calidad cuando se compite fuertemente en precios. Pero no hay seguridad sobre lo que puede pasar con la calidad cuando se compite fuertemente en precios. En efecto, la relación entre la intensidad de la competencia en precios y la calidad de los tratamientos ofrecidos por los hospitales es objeto de debate y no se ha llegado todavía a un consenso en la comunidad de los economistas de la salud. Por ejemplo, utilizando indicadores *ex post* de calidad, Propper *et al.* (2003) muestran que la intensidad de la competencia puede afectar negativamente la calidad de los tratamientos ofrecidos por los hospitales. Al contrario, Gowrisankan y Town (2001) encuentran en EEUU que los mercados hospitalarios caracterizados por una mayor competencia resultan en menores tasas de mortalidad de los pacientes. Desde el punto de vista teórico, cuando

la competencia entre hospitales es muy fuerte, los precios se acercan a los costos marginales.

Cuando la competencia entre hospitales no se centra solamente en las tarifas cobradas, la calidad de los hospitales tiene una relación directa con el número de competidores presentes en el mercado. Así, con un mayor número de hospitales se espera que el mercado ofrezca servicios de mayor calidad, dado que la competencia en precios pierde relevancia. De esta manera, los hospitales buscan ofrecer mayores niveles de calidad para atraer pacientes a su institución (Gaynor, 2006). La consecuencia tangencial del aumento de la calidad ofrecida, es que si este aumento se hace de manera que se facilite la identificación del hospital, se puede observar que los pacientes van a escoger aquel hospital que se ajuste a su nivel demandado de calidad. En consecuencia, los pacientes se autoseleccionan, permitiéndole a los hospitales discriminar entre pacientes mediante el cobro de precios sujetos a su preferencia por calidad. En tal caso, como recomiendan los modelos de diferenciación vertical, en la medición de la intensidad de la competencia se deben tener en cuenta las diferencias de calidad, que permiten introducir una diferenciación entre hospitales, y por lo tanto suavizar la competencia en precios.

La regulación de precios es un fenómeno común que se presenta en el sector de la salud, especialmente para los servicios prestados por los hospitales. Gaynor (2006) muestra que a mayor regulación de precios, la calidad aumenta. Esto se debe a que,

si hay una mayor regulación de precios, la homogeneización en los servicios es mayor y por tanto, los hospitales tienen incentivos a aumentar la calidad para aumentar su participación de mercado. Sin embargo, en algunas ocasiones este hecho puede llevar a una oferta de servicios hospitalarios con exceso de calidad, que puede ser contraproducente para los consumidores debido a que la reducción en la variedad de los servicios puede disminuir su bienestar. Existe por lo tanto un *trade-off* entre el nivel de calidad de los servicios ofrecidos a los pacientes y el nivel de variedad que ofrecen los hospitales a los pacientes (Bardey *et al.*, 2012).

Por otro lado, el sector hospitalario en algunos países se encuentra en fases de consolidación horizontal. Esta integración horizontal puede tomar varias formas, por ejemplo, se puede dar cuando un hospital adquiere a otros hospitales, o cuando se crea un nuevo hospital a partir de dos hospitales existentes. De acuerdo con esto, una integración horizontal es entendida como una fusión de empresas que compiten en el mismo sector de actividad, que deciden unir sus actividades productivas para aprovechar economías de escala.

En general, este fenómeno se explica por varias razones dentro de las cuales se encuentra la necesidad de los hospitales de aumentar la eficiencia en el proceso productivo y disminuir los costos. Sin embargo, hay evidencia que demuestra que la integración horizontal también tiene lugar cuando dos empresas tienen una alta probabilidad de

quiebra; en este caso, la integración permite que la firma sobreviva. Algunas ventajas de la integración horizontal son: transferencias de tecnología y de habilidades entre hospitales que permiten prestar servicios al usuario final de manera eficiente y con mayor calidad; reducción en la competencia en precios entre hospitales dado que, por la misma razón anterior, logran reducir sus costos y se concentran más en proveer un servicio de calidad; disminución en los costos administrativos debido a la consolidación de servicios dentro de un mismo hospital.

Asimismo, algunos autores afirman que, dada la presencia de un número limitado de aseguradores en el mercado, en muchos casos, la estructura de mercado corresponde a la de un oligopolio bilateral por la concentración que caracteriza al sector hospitalario. Desde un punto de vista estratégico, las integraciones horizontales ofrecen un beneficio adicional a los hospitales puesto que aumentan su poder de negociación ante las aseguradoras, lo cual les permite cobrar mayores precios por los servicios prestados, y como consecuencia, obtener mayores ganancias (Gal-Or, 1999 & Gaynor y Hass-Wilson, 2000). Obviamente, este incremento del poder de negociación por parte de los hospitales puede ir en detrimento de los consumidores de servicios de salud, causando mayores costos al sistema, que se reflejan en las primas de seguro.

Por otra parte, así como la integración horizontal entre hospitales podría tener beneficios productivos, también puede ser una herramienta

contraproducente en la medida en que el aumento en el poder de mercado de la firma integrada puede afectar negativamente la competencia en el sector, o traer consecuencias en detrimento del bienestar de los consumidores. En el caso de los hospitales, particularmente en EEUU, se ha visto en las últimas décadas que grandes hospitales adquieren o se fusionan con clínicas más pequeñas, lo cual hace que el mercado en donde antes existían varios hospitales, ahora se encuentra en manos de unos pocos que cuentan con un poder de mercado significativo. Por otro lado, en el caso de los médicos, este hecho se puede presenciar cuando dos o más médicos de determinada especialidad se reúnen o coluden de manera tácita para acordar los precios que cobrarán por su servicio¹². Por estas razones, y para poder hacer un análisis más profundo acerca de las consecuencias negativas de este fenómeno, es necesario tener en cuenta la definición del mercado relevante, uno de los conceptos más importantes en el análisis de políticas antimonopolio, y de particular importancia para la evaluación de integraciones horizontales. Este concepto es utilizado por las autoridades de competencia con el objetivo de hacer un análisis adecuado acerca de los posibles abusos de posición dominante que pueden presentarse por parte de los actores con poder de mercado. *A priori*, el mercado relevante está definido como el conjunto

de productos sustitutos que compiten entre sí. Sin embargo, la definición de mercado relevante es aún más amplia, ya que incluye el conjunto de productos que ejercen restricciones competitivas entre ellos (Motta, 2004). De esta manera, un mercado puede estar definido por productos sustitutos, límites geográficos, límites de horario, entre otros factores que imponen un límite a la rentabilidad de las firmas con origen en incrementos de precio. En otras palabras, el mercado relevante es aquel que define los límites al espacio en el que tiene lugar la competencia entre firmas. La literatura propone diversas metodologías para aproximarse a la definición de mercado relevante.

Es común en la literatura definir mercados relevantes para los hospitales en términos de las áreas de especialización de los médicos y la ubicación geográfica de los mismos. Dado que el área de especialización del hospital tiene una alta relevancia para la demanda de salud, las consecuencias de la integración de hospitales dentro de una misma área pueden ser contraproducentes para el consumidor. Este es el caso de los consumidores con alto riesgo de contraer una enfermedad que sea tratada por los hospitales integrados. En este caso, si el mercado de determinada especialización tiene pocos actores y ocurre una integración horizontal entre dos de ellos, el actor integrado puede aprovecharse del po-

¹² Se puede resaltar que aunque una colusión tácita no es ilegal (por lo menos en muchos países), su implementación por parte de las firmas involucradas en ella aleja el equilibrio del mercado de una asignación eficiente.

der de mercado adquirido luego de la fusión para aumentar el precio de manera significativa sin que el consumidor pueda disminuir la demanda por los servicios del hospital debido a que el paciente tiene pocos sustitutos cercanos que puedan ajustarse a su necesidad en servicios de salud.

Por otra parte, es necesario recordar que los hospitales ofrecen diferentes servicios, y como se mencionó anteriormente, en muchas ocasiones compiten en calidad. Usualmente, si se tiene en cuenta la calidad del servicio prestado, se podría decir que dos hospitales son sustitutos desde el punto de vista del paciente, siempre y cuando ofrezcan servicios con calidad similar (y operen en el mismo mercado geográfico). De esta manera, si dos hospitales se integran, pero uno tiene mayor calidad que el otro, estos hospitales no son sustitutos entre sí para los pacientes, razón por la cual, la integración no tendrá un impacto significativo sobre los precios debido a que no hay ganancia significativa de poder de mercado (Gaynor y Town, 2011).

Un factor relevante para el análisis de competencia en el sector de la salud es la coexistencia de hospitales públicos y privados. La competencia de estos dos tipos de agentes es lo que en la literatura económica se denomina oligopolio mixto. Dado que ambos tipos de hospitales persiguen objetivos diferentes, las consecuencias de la política de

competencia suelen diferir del análisis usual. La presencia de oligopolios mixtos puede verse en diferentes niveles de la cadena en el sector de la salud, es decir, a nivel de hospitales, médicos, compañías aseguradoras, etc. El punto crucial sobre este tipo de esquemas es si éstos aumentan la eficiencia en la provisión de servicios de salud o es mejor tener únicamente un sector público o únicamente uno privado. De acuerdo con esta pregunta, hay muchos autores que se pronuncian al respecto ya sea apoyando un sistema mixto o desaprobándolo.

En general, la provisión de servicios de salud por un sector únicamente público se caracteriza por los bajos costos asumidos por los pacientes al recibir un tratamiento. Esto se da debido a que el objetivo de las entidades estatales es maximizar el bienestar de la población, por tanto, se trata de dar tratamiento al mayor número de personas haciendo que ellas paguen el menor monto de dinero posible. Una de las consecuencias de estos bajos costos son los largos tiempos de espera debido al gran número de personas que se inscriben para tener acceso a tratamiento. Por otra parte, la teoría de organización industrial nos enseña que, en este contexto, los proveedores de servicios privados para maximizar sus propios beneficios, buscan una mayor diferenciación (vertical) y se especializan en tratamientos de alto costo que no son accesibles para las personas de recursos bajos¹³.

¹³ Eso les permite diferenciarse del sector público y por lo tanto aumentar sus márgenes.

Es necesario mencionar que la literatura que se pronuncia sobre los oligopolios mixtos asume que las diferencias tecnológicas en ambos tipos de esquemas son bajas. De esta manera, los costos reales del proveedor, ya sea del proveedor público o privado, deben ser bastante similares. Sin embargo, los costos asumidos por los usuarios de los servicios son diferentes, de esta manera, la razón por la que hay una mayor lista de espera en el sector público es que el costo percibido por el consumidor es mucho menor, dado que la provisión de tratamientos por parte de entidades del Estado suele ser gratuita o a un bajo precio.

La mayoría de los autores afirman que es más eficiente tener un sector mixto a tener una provisión de servicios pública por varias razones. Por ejemplo, Hoel & Saether (2001) ilustran uno de los problemas de tener una provisión puramente pública debido a las grandes filas y tiempos de espera que tienen que tolerar los beneficiarios para poder recibir un tratamiento por parte de entidades estatales. Estos autores afirman que el hecho de tener que esperar mucho tiempo para recibir tratamiento, hace que si el costo de estar en la fila es suficientemente grande, la persona decide no recibir el tratamiento ya sea por decisión propia

o porque la persona muere antes de recibir el tratamiento adecuado. De acuerdo con lo anterior, ellos explican la razón por la que es necesario tener dentro del sector de la salud agentes privados y públicos que descongestionen el sector público de la alta demanda de servicios¹⁴.

La inclusión de agentes privados que presten servicios similares a los del sector público permite que las personas con ingresos suficientemente altos asuman el costo del tratamiento privado y dejando así plazas libres en las listas de espera. Esto es deseable en términos del bienestar de los consumidores porque no sólo se permite que los usuarios de ingresos altos reciban tratamiento, sino que, al liberarse plazas de las listas de espera, aumenta la probabilidad de las personas de bajos recursos de tener acceso a los servicios a través de la provisión pública. Se debe resaltar que este criterio de eficiencia puede causar problemas serios de equidad.

En un oligopolio mixto, el proveedor público provee un menor nivel de calidad que no necesariamente significa que este proveedor tenga menor tecnología¹⁵. Lo que puede suceder es que los servicios ofrecidos por estas entidades son menos lujosos que los que recibiría el paciente en

¹⁴ Sin embargo, se puede resaltar que la gratuidad puede resultar en el colapso de un sistema de provisión pública cuando esta no está adecuadamente financiada y que la provisión pública puede estar más sujeta a filtraciones de recursos por corrupción y politización.

¹⁵ Pueden existir situaciones en las cuales son los hospitales públicos los que se benefician de inversiones en infraestructuras más costosas.

un sistema privado; por ejemplo, el paciente puede tener una habitación compartida, mientras que, con el proveedor privado podría tener una habitación individual. En general, una de las ventajas que ofrece el oligopolio mixto es que mediante este tipo de esquemas, hay un mejoramiento en la calidad promedio prestada a la población, además de incrementarse el nivel de cobertura en tratamientos, lo cual ayuda a mejorar la eficiencia en el sector de la salud y mejora el bienestar del consumidor promedio (Jofre-Bonet, 2000).

Sin embargo, existe otro punto de vista según el cual un oligopolio mixto no siempre permite alcanzar el óptimo, si se compara con los resultados que se pueden obtener en el sector privado. En particular, Herr (2009) considera un contexto en el que los precios de los servicios prestados por los hospitales son regulados. La autora encuentra que es mejor tener un sector de salud lo más privatizado posible porque la calidad de estas entidades es superior y se puede alcanzar un mayor nivel de bienestar para los consumidores. Como consecuencia de esto, un oligopolio mixto puede ser mejor en términos de eficiencia que un sector privado puro si la eficiencia en costos del hospital público es mejor que la del hospital privado. Si bien es cierto que la mayoría de los modelos que comparan la provisión por agentes públicos y privados afirman que las diferencias tecnológicas no son muy grandes entre ambos sectores, puede que la diferencia se dé en la capacidad de atención que tienen. De esta manera, Hoel y Saether (2001) sugieren que si la diferencia en producción

de servicios se da por restricciones de capacidad, lo mejor que puede hacer el Estado para ayudar a que el oligopolio mixto genere un equilibrio en el cual se maximice el bienestar de los consumidores, es subsidiar los servicios que adquieren los usuarios del sector privado. De esta manera, se disminuiría también el tiempo de espera de los pacientes que utilizan servicios de los hospitales públicos debido al movimiento de algunos pacientes con capacidad adquisitiva media.

Uno de los problemas de tener provisión mixta que se resalta en la literatura, es la diferenciación salarial entre los médicos que trabajan en entidades públicas y privadas. Usualmente, los salarios médicos en el sector público son más bajos que los del sector privado, de esta manera, hay una tendencia a sub-ofrecer servicios en las entidades públicas. Esto no presenta gran inconveniente si hay un número considerable de médicos en el sector; sin embargo, si hay un número restringido de médicos esto podría generar la limitación de tratamientos para algunos pacientes. Este problema se podría agravar considerando que existen diferentes áreas de especialización.

Brekke y Sorgarf (2006) muestran este fenómeno, analizando a aquellos médicos que trabajan para ambos sectores al mismo tiempo. Lo que encuentra es que cuando hay pocos médicos en el sector que trabajan en los dos sectores, ellos tienen poder de mercado debido al poco número de competidores. En un caso como este lo más

beneficioso para los médicos es trasladarse a hacer la mayoría de sus tratamientos en el sector privado. Para explotar su poder de mercado, también podrían ofrecer sus servicios en el sector público de tal forma que esto restrinja en una pequeña porción su oferta al sector privado, lo que tiende a aumentar los precios. La autoridad del sector de salud debería, entonces, aumentar los salarios del sector público para no perjudicar a los usuarios de los servicios en este sector.

Es innegable que el hecho de que los médicos atiendan ambos sectores hace que haya una menor provisión de servicios. Por tanto, permitir que los médicos presten servicios en entidades públicas y privadas es benéfico siempre y cuando haya un número significativo de médicos. Si el número de médicos en el mercado es bajo, hay una pérdida de eficiencia en el sector privado y hay una sub-oferta de servicios en el sector público.

Finalmente, Jofre-Bonet (2000) afirma que, dado que la intensidad en la competencia es mayor cuando hay sectores mixtos que cuando hay sólo proveedores privados o sólo proveedores públicos, se puede concluir que bajo un oligopolio mixto los agentes privados generan un mayor nivel de calidad. Por otra parte, debido a la presencia de hospitales públicos que tienden a disminuir los pre-

cios para permitir el acceso a poblaciones de bajos recursos, los precios tienden también a disminuir bajo un oligopolio mixto. Así, el autor concluye que, independientemente del tipo de ingreso que tengan los usuarios, ambos se benefician de estar ante un esquema de oligopolio mixto¹⁶.

En Colombia, el sector hospitalario se caracteriza por ser un oligopolio mixto, es decir por combinar la red hospitalaria pública con clínicas privadas. En muchos municipios de Colombia, solamente hay presencia de la red pública. A pesar de que la filosofía de la Ley 100 consistió en convertir subsidios de la oferta en subsidios de la demanda, existen regulaciones del mercado para financiar indirectamente la red hospitalaria pública. Por ejemplo, en el régimen subsidiado, las EPS se ven obligadas en contratar hasta un 60% de los procedimientos destinados a sus afiliados con los hospitales de la red pública. Este tipo de regulación puede obviamente distorsionar la competencia en el mercado hospitalario pero permite a la vez financiar los hospitales públicos.

El debate respecto a la relación entre la intensidad de la competencia y la calidad de los servicios hospitalarios se ha presentado en Colombia. En Patiño (1999), se resalta que la guerra en precios entre hospitales puede comprometer la calidad de los servicios ofrecidos. Bardey y Castaño (2007) muestran que las consecuencias de regulación que imponen precios pisos dependen de la

¹⁶ Esta discusión no aplica a los regímenes subsidiado ni contributivo en Colombia, donde los precios se igualan por la regulación para públicos y privados. Lo anterior aplica sólo a la porción del mercado de particulares.

zona de rendimientos a escala en la cual se encuentran los hospitales. Más precisamente, en caso que estas tarifas sean demasiado cercanas al costo marginal, pueden ser insuficientes para reembolsar los costos fijos que se requieren para que se ofrezca una mayor calidad. Por lo tanto, una competencia muy fuerte se puede ver acompañada por un deterioro de la calidad de los tratamientos.

En lo que concierne el tema de las integraciones, durante muchos años, el sector de la salud en Colombia tuvo un espacio aparte frente a los alcances de la normatividad de competencia. Sin embargo, desde la nueva ley de competencia (Ley 1340 de 2009), los hospitales que quieran fusionarse son sometidos a las mismas reglas que empresas de cualquier sector.

C. Integración vertical

Un tema aún más controversial en la literatura se genera a partir de la existencia y proliferación de integraciones verticales en el sector de la salud de manera general y en particular, en los prestadores de salud y los aseguradores. La integración vertical puede ser definida como una asociación entre una o varias empresas productoras de insumos (en el nivel *upstream*) y una o varias empresas productoras de bienes finales (en el nivel *downstream*). En el sector de la salud, se considera generalmente que las empresas *downstream* son los aseguradores, mientras que, las empresas *upstream* los presta-

dores de salud. Conceptualmente, la empresa *downstream* utiliza dentro de su proceso productivo los insumos ofrecidos por la empresa *upstream*, y por lo tanto se puede aumentar la eficiencia en la producción si la empresa productora de bienes finales, en vez de enfrentar el costo correspondiente a la adquisición de insumos, enfrenta el costo correspondiente al gasto incurrido al producir el insumo. En otras palabras, la integración vertical permite evitar el fenómeno de doble marginalización descrito en Spengler (1950).

De acuerdo con el análisis de Gaynor (2006)¹⁷ no hay una respuesta definitiva sobre el efecto que genera la integración vertical en el mercado. Por un lado puede dar lugar a una mejora en el desempeño del mercado debido a ganancias en la eficiencia, a la disminución de costos de transacción, a la garantía de una oferta continua en los insumos y a la mejora del monitoreo en la prestación de servicios. Además, se mejora la coordinación de precios entre los hospitales y los doctores haciendo que se internalicen los efectos del hospital y del médico dentro de la firma integrada, con lo cual, la única variable de interés no será el precio, sino también la calidad y la continuidad del servicio, entre otras variables.

Sin embargo, la integración vertical (IV) también puede traer consigo la generación de estrategias anticompetitivas por diferentes vías. Por ejemplo,

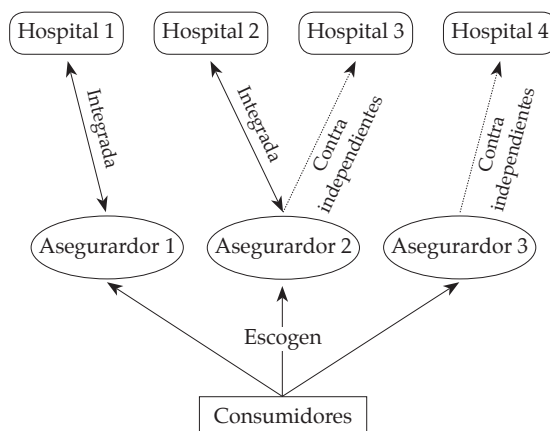
¹⁷ Gaynor (2006). "Is vertical integration anticompetitive? Definitely maybe but that's not final".

al hacer más eficiente la producción, la IV puede causar la salida de firmas del mercado tanto en el nivel *upstream* como en el *downstream* haciendo que la firma perteneciente a la integración goce de un mayor poder de mercado. También se generan aumentos en las barreras a la entrada porque la firma incumbent integrada tiene más poder para debilitar a las firmas entrantes al mercado y puede dificultar su entrada. Por supuesto, la integración de firmas con gran poder de mercado antes de la integración empeora la perspectiva.

Salinger (1988) considera una estructura de oligopolio bilateral en la cual existe respectivamente un oligopolio de firmas *upstream* y *downstream* (ver Figura 2). En tal situación, analiza las consecuencias de la IV entre algunas firmas de ambos niveles. Salinger concluye que los efectos son ambiguos. Por un lado, la IV puede generar precios menores hacia los consumidores finales porque permite evitar el fenómeno de doble marginalización descrito por Spengler (1950). Sin embargo, *ceteris paribus*, la IV reduce el número de competidores en el mercado *upstream*, lo que en ausencia de una regulación adecuada puede resultar en aumentos del precio de los insumos de las empresas *downstream* no integradas. Este aumento de los costos de los insumos para las empresas *downstream* no integradas es una forma de competencia desleal

que puede sacarlas del mercado si el diferencial de costo con las empresas integradas se vuelve demasiado importante.

Figura 2
INTEGRACIÓN VERTICAL EN UN OLIGOPOLIO BILATERAL



Fuente: Inspirada de Salinger (1988).

En algunas ocasiones, al restringir la libre movilidad de servicios entre entidades del sector, se puede impedir que los hospitales rivales tengan acceso a algunos servicios médicos especializados. Este es el caso, por ejemplo, de restricciones verticales que toman la forma de cláusulas de exclusividad, es decir, cláusulas que obliguen al hospital o al médico a prestar servicios sólo dentro de la entidad integrada y no en entidades externas¹⁸. En la literatura económica hay diferentes

¹⁸ Se debe notar que pueden imponerse restricciones verticales a través de arreglos contractuales, mediante los que se repliquen aspectos de una integración vertical.

posturas con respecto a las restricciones verticales. Existe sin embargo un acuerdo fundamental en que estas no tienen implicaciones negativas para la competencia cuando los agentes que hacen uso de ellas no tienen *suficiente* poder de mercado. En los casos en los que van acompañadas de poder de mercado es donde surgen las divergencias. La *Escuela de Chicago* enfatiza las implicaciones de eficiencia de las restricciones verticales mientras que otros análisis encuentran que pueden ser anticompetitivas en algunos casos. Además su uso no sólo puede generar problemas de competencia, sino que también puede facilitar la segmentación de mercado o auto-selección del riesgo, como se ha observado en EEUU (Baker y Corts, 1996). Baker y Corts resaltan que los jóvenes y, de manera más general, los asegurados caracterizados por un riesgo de salud relativamente bajo, prefieren los planes de salud que implican restricciones en la elección de sus proveedores de servicios de salud para poder beneficiarse de primas más bajas. *Ceteris paribus*, este problema de segmentación de los riesgos implica que las aseguradoras que no tienen redes propias son caracterizados por asegurados con un mayor riesgo de enfermarse, lo que puede acentuar el fenómeno de competencia desleal.

A pesar de que las restricciones verticales pueden en algunos casos dar lugar a problemas en competencia, una regla de prohibición sería inapropiada porque la entidad encargada de la competencia estaría ignorando las posibles ganancias en eficiencia que se derivan de la integración (o

de su replicación a través de restricciones verticales mediante acuerdos contractuales). Lo que suelen hacer las autoridades es vigilar las acciones del actor integrado para verificar que éste no incurra en actos anticompetitivos. Sin embargo, como no se pueden monitorear todas y cada una de las integraciones (y/o restricciones verticales), se vigilan o se toman posiciones *ex ante* o *ex post* solamente cuando las firmas que hacen parte del arreglo vertical tienen una porción del mercado significativa.

Una relación vertical importante que se presenta y que afecta de manera característica el gasto en salud, es la del sector de medicamentos. Por un lado se tiene que los laboratorios fabrican sus productos, los cuales se diferencian cobrando un precio que resulta del proceso de analizar los costos y beneficios de la patente que permitió la creación de la molécula. En algunos casos, los laboratorios son también distribuidores del medicamento a los consumidores, pero en la mayoría de los casos sucede que los laboratorios utilizan como intermediarios a las compañías aseguradoras, quienes ofrecen un precio de venta al consumidor. Dicho precio trae incorporado un margen adicional al precio al cual el medicamento fue vendido por el laboratorio. El problema que causa ineficiencias en este sector, es qué tan grande es el margen de intermediación cobrado por las compañías aseguradoras. Así como en cualquier mercado, este margen depende del poder de mercado que tengan las aseguradoras. De esta manera, es pertinente hablar de efectos "*tie-in*" en el sentido en que, a pesar de que los laboratorios

interactúen de manera competitiva, la prevalencia de unas pocas compañías aseguradoras dentro del mercado resulta en que el precio que el consumidor percibe al adquirir el medicamento sea muy alto, con la resultante pérdida de bienestar.

En Colombia, la discusión alrededor de la integración vertical ha tomado una dirección relativamente diferente a los argumentos presentados en esta sub-sección. En efecto, no son las EPS que no integran verticalmente a los prestadores que se "quejan" de la IV como el modelo tradicional lo podría prever sino los prestadores en salud. Eso se debe a que las redes propias, nombre dado a la IV en el sector de la salud en Colombia, se han desarrollado no a través de la integración de clínicas existentes sino creando nuevas clínicas, y por tanto nuevos competidores con los prestadores existentes. Además, las redes propias desarrolladas por parte de las EPS les han permitido de negociar mejores tarifas con las clínicas que no pertenecen a sus redes. El debate alrededor de la IV es entonces más una guerra económica entre EPS y IPS (Instituto Prestador de Salud). Actualmente, la IV no puede superar los 30% de los gastos de una EPS.

Frente al tema de la IV existen también aspectos legales que son importantes ser mencionados. Por un lado, las estrategias de IV se han prestado en Colombia para aumentar los recobros al Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA). Por otro lado, existe un debate legal sobre cuál debería ser el uso de las UPC. En otras palabras, si el dinero recibido por las EPS vía las UPC puede ser invertido para el desarrollo de las redes propias de las EPS, o si por el contrario, este dinero tiene que

servir para financiar solamente los costos variables de los procedimientos y tratamientos.

Para terminar, a pesar de la regulación de la Ley 1122 del 2007 que prevé un techo de 30% para la IV, parece que las Cajas de Compensación tiene un estatus especial en el sector de la salud colombiano. En efecto, estas cajas reúnen generalmente todos los eslabones de la cadena vertical para proveer tratamientos sin que sea interpretado como IV por parte de las autoridades.

D. Mercados de dos lados

La teoría de los mercados de dos lados se ha establecido para entender estructuras de mercado que involucran dos grupos de agentes económicos diferentes, relacionados por plataformas que aseguran la transmisión de externalidades de red (o de complementariedad) entre ambos lados (Rochet y Tirole, 2003, 2006). Varios sectores de actividad responden a esta estructura de mercado: las franquicias de las tarjetas de crédito que compiten para atraer a tarjeta-habientes y a comerciantes; los periódicos que compiten para tener lectores y vender espacios publicitarios; las consolas de juegos de video que compiten por clientes y desarrolladores de software, etc.

Una característica fundamental y común a todos los mercados citados es la existencia de externalidades de dos tipos: de uso y de membresía. La externalidad de uso corresponde a la posibilidad de adquirir un bien o servicio mediante la utilización

de la red a la que pertenece y que esta utilidad dependa del número de afiliados del otro lado. La de membresía corresponde al beneficio que genera para un usuario pertenecer a una determinada red, hecho que aumenta las ventas de productos mediante la atracción de más agentes de ambos lados de la cadena. Si se retoman los ejemplos citados, desde el punto de vista de los tarjetahabientes, la ventaja de disponer de una tarjeta de crédito de una específica franquicia depende del número de comerciantes que aceptan esta tarjeta como medio de pago. En la otra dirección, los comerciantes están dispuestos a aceptar el pago de una comisión y a tener los equipos de una determinada franquicia dependiendo de su número de tarjetahabientes. De manera similar, desde el punto de vista de los anunciantes, un periódico es atractivo según el número de lectores que tiene. Desde el punto de vista de los lectores, en función de sus preferencias por las propagandas, la presencia de publicidad puede atraerlos o desincentivarlos (Anderson y Gabzsewicz, 2006).

De acuerdo con las investigaciones sobre este tema, se han establecido ciertas condiciones necesarias para que los mercados respondan a la teoría de los mercados de dos lados. La presencia de plataformas y de externalidades de red no constituyen condiciones suficientes para garantizar que el mercado considerado corresponda a lo descrito por esta teoría. Por eso se debe distinguir el concepto de precio total, es decir la suma de lo que se cobra de ambos lados, del concepto de estructura

de precio, o cómo se reparte el precio total entre ambos lados. Para eso, se supone que existen dos lados del mercado, A y B, que interactúan a través de plataformas que establecen precios de ambos lados. Si ocurre un aumento en el precio del lado A acompañado de una caída en el precio de lado B, mientras que la suma de estos dos precios permanece constante, en este caso el mercado es de un sólo lado si el volumen de transacción no cambia (Rochet y Tirole, 2006). En el caso contrario, es decir si el volumen de transacción cambia, esto se puede interpretar como un indicio fuerte de que el mercado es de dos lados.

Recientemente, esta teoría de los mercados de dos lados ha sido aplicada al sector de la salud en varios niveles. Un nivel en el cual esta teoría se puede aplicar es para proveer una visión distinta de la competencia entre hospitales. En el trabajo de Bardey, Cremer y Lozachmeur (2012), los hospitales se interpretan como plataformas que atraen, por un lado a los médicos y, por el otro lado, a los pacientes. Un aporte de este enfoque es que se pone en relieve la importancia que tiene la relación médico-paciente en la salud como determinante de la calidad en la prestación de servicios, de manera que un aumento en el número de pacientes genera una externalidad intra-red negativa por la sobrecarga de trabajo que eso puede implicar para los médicos. Al contrario, un aumento en el número de los médicos, y por tanto en la variedad de servicios o especialidades, genera una externalidad positiva, tanto para los pacientes como para los

médicos, por la menor carga de trabajo que representa. Estos autores muestran que la intensidad de la competencia depende crucialmente de estas externalidades de red, salvo cuando la calidad se mide a partir del número de pacientes por médico.

Otra aplicación de esta teoría de los mercados de dos lados al sector de la salud es la competencia entre *Managed Care Organizations* (MCOs), más precisamente entre los *Preferred Provider Organizations* (PPOs) y los *Health Maintenance Organizations* (HMOs)¹⁹. Este tipo de compañías de seguros ofrecen planes de salud que implican restricciones al nivel de acceso a los médicos, contrario a los aseguradores tradicionales. Los HMOs representan la forma más restrictiva de integración vertical, mientras que los PPOs ofrecen a sus afiliados una elección más amplia de prestadores de salud. La gente que presenta un mayor riesgo de enfermedad valora más la elección de los prestadores de salud que los demás. Por esta razón, se observa en EEUU que los PPOs tienden a atraer afiliados con un riesgo mayor que los HMOs, caracterizados en promedio por una población más joven. En un enfoque de un lado, eso implica necesariamente una ventaja para los HMOs, que puede generar hasta un problema de competencia desleal si la segmentación de los riesgos entre PPOs y HMOs es demasiado fuerte. Sin embargo, a pesar de esto,

se ha observado un incremento de la participación de mercado de los PPOs en detrimento de la de los HMOs. Bardey y Rochet (2010) explican este fenómeno a partir de un enfoque de mercados de dos lados. Estos autores muestran que a pesar de esta selección adversa que caracteriza los PPOs (sus asegurados tienen un riesgo mayor), estos aseguradores de salud usan el hecho de que cuentan con afiliados con un riesgo mayor para negociar tarifas menores que los HMOs con los prestadores de salud. Más precisamente, de acuerdo con Bardey y Rochet (2010), el resultado de la competencia entre estos dos tipos de esquemas de aseguramiento depende de dos efectos: el efecto demanda, influenciado por el valor que ponen los consumidores en el acceso a proveedores y, un efecto de selección adversa, que ocurre cuando las primas fijadas por los diferentes planes de salud no reflejan perfectamente la heterogeneidad en el riesgo de salud del consumidor. Estos autores encuentran entonces que si el efecto de participación de mercado domina al de selección adversa, los PPOs pueden tener una mayor ganancia, lo que permite explicar que este tipo de planes de salud haya ganado mucha participación de mercado durante los 20 últimos años.

Si los dos análisis citados permiten entender que el sector de la salud se caracteriza por la presencia

¹⁹ Este tipo de aseguradores en salud surgió en E.E.U.U. en los años 80. Los HMOs tienen el mayor grado de integración vertical mientras que los PPOs son más planes de salud que estipulan contratos de largo plazo con los proveedores.

de mercados de dos lados, como bien lo menciona el trabajo de Wright (2003), hay que tener en cuenta que el análisis de competencia que se hace para los mercados de dos lados es diferente al que se hace para mercados de un solo lado. El primer punto es la formación de precios: una estructura eficiente de precios debe tener en cuenta no sólo el costo relativo para que dentro de la misma red se puedan tener afiliaciones de médicos y pacientes, sino que también debe tener en cuenta los beneficios que genera en ambos grupos el hecho de que aumente el número de participantes en el otro lado de la plataforma. Es decir, no se puede cobrar un costo a la entrada de la plataforma igual para ambos lados del mercado, porque no necesariamente es esa la asignación más eficiente. En esta misma corriente, se pueden generar análisis erróneos si en vez de los precios relativos se analizan los niveles de precios. Aquí es de vital importancia aclarar que en este caso la existencia de precios por encima del costo marginal no necesariamente implican la existencia de poder de mercado, ni tampoco, la existencia de precios por debajo del costo marginal implican precios predatorios. De nuevo, para comprender esto es necesario tener en cuenta la existencia de externalidades de red. Además, en los mercados de dos lados es usual que gran parte del costo total sea asignado a sólo un lado del mercado y, a pesar de esto, no ocurre que el alto costo pagado por un lado esté financiando el bajo costo pagado por el otro lado del mercado. Es decir, por la presencia de las externalidades de red, Wright (2003) explica que no es correcto hablar de subsidios cruzados en

estos casos. El problema de creer que esto pudiera suceder es que se ignora el hecho de que el servicio de salud o la intermediación se está haciendo en ambos lados del mercado y que el hecho de incentivar la salida de usuarios de alguno de los dos lados, generaría una pérdida significativa de bienestar.

Además, el hecho de creer que se debe promover un mercado competitivo también puede llegar a ser una falencia en este mercado. En un mercado de dos lados, la presencia de monopolio no implica que siempre se quiera cobrar un margen por encima del costo marginal. Tampoco implica que un aumento en la competencia sea la solución para poder llegar a estructuras de precios balanceadas, es decir, que los costos estén repartidos equitativamente, ya que este no es el equilibrio óptimo en este caso. Siguiendo esta misma línea, se puede afirmar que cualquier intento de regular los precios en este mercado no genera ninguna ventaja para este tipo de mercados, dado que cualquier esquema regulatorio generaría un nivel sub-óptimo con respecto al nivel de precios que fijaría un sistema no regulado.

En Colombia, la SIC no ha interpretado todavía algunos eslabones del sector salud como mercados de tipo de dos lados. Uno podría preguntarse si el mercado de las medicinas prepagadas no corresponde a la estructura de mercado descrita en Bardey y Rochet (2010). En este caso, las recomendaciones de política de la competencia que se pueden formular serían bastante distintas de las recomendaciones tradicionales.

V. Conclusión

En este documento se abordan diferentes temas relevantes para hacer un análisis teórico en el sector de la salud. En primera instancia se mencionan los problemas de información asimétrica, como lo son el riesgo moral *ex post*, *ex ante*, la selección adversa y la selección de los riesgos. Estas descripciones permiten hacer un análisis de los incentivos que enfrentan los agentes del sector como resultado de las interacciones con las compañías aseguradoras. A continuación, se abordan diferentes formas de organización industrial, para lo cual fue necesario mencionar la importancia del concepto de mercados relevantes como herramienta clave para juzgar abusos en el poder de mercado. Paso siguiente, se discuten diferentes esquemas de competencia como integraciones verticales, integraciones horizontales, oligopolios mixtos, competencia entre médicos, competencia en calidad, entre otros. Finalmente, esta discusión generó diferentes conclusiones en términos de política de competencia que son relevantes para la autoridad de competencia en caso de identificar que en la realidad colombiana tiene lugar uno o más de estos esquemas.

La principal conclusión que se puede formular de esta revisión de literatura y de las breves

descripciones del sector de la salud en Colombia es que la Ley 100 ha organizado el sector de la salud alrededor de los principios de "*managed care competition*" pero que la competencia en calidad es demasiado débil y abstracta para poder ser efectiva. Más precisamente, la transferencia de riesgo del Fosyga a las EPS vía las UPC genera incentivos demasiado fuertes: la demanda es inelástica con respecto a la demanda y las EPS tienen incentivos en disminuir la calidad sin que eso perjudique sus participaciones de mercado. Además de eso, la falta de competencia en primas entre EPS hace que las ganancias de eficiencia que procuren la gestión del riesgo por parte de las EPS se queden en utilidades para estas sin que el resto del sector se beneficie de eso.

Una recomendación que se puede entonces formular para el régimen contributivo es disminuir marginalmente el nivel de las UPC recibidas por las EPS y dejarlas competir en primas para compensar esta disminución. Gracias a estas diferencias de eficiencia, el juego de competencia implicaría que las EPS más eficientes podrían cobrar primas más económicas a sus afiliados. Entonces, la competencia entre EPS sería más efectiva y se transmitirían las ganancias de eficiencia generadas por las EPS al resto del sector.

Bibliografía

- Anderson, S. & Gabszewicz, J. (2006). *The media and advertising: a tale of two-sided markets*. Wasington: CEPR Discussion Papers 5223.
- Arcidiacono, P. & Nicholson, S. (2000). *Peer effects, learning, and physician specialty choice*. Wilmington: Econometric Society World Congress, Econometric Society.
- Baker, L. & Corts, K. (1996). *HMO penetration and the cost of health care: Market discipline or market segmentation?* American Economic Review, 86(2), 389-394.
- Baranes, E. & Bardey, D. (2004). *Competition in Health Care Markets and Vertical Restraints*. montpellier: Cahiers du Laser, Laboratoire de Science Economique de Richter.
- Bardey D., Buitrago, G., Concha, T. & Zapata, J. G. (2013). *Mercados de seguros voluntarios de salud en Colombia*. Bogotá: Fedesarrollo. Informe Final.
- Bardey, D., Canta, C., & Lozachmeur, J. M. (2010). *Health care providers payments regulation when horizontal and vertical differentiation matter*. Toulouse: Institut d'Économie Industrielle. IDEI Working Papers, No. 532.
- Bardey, D. & Castaño, R. (2007). *La regulación de tarifas en el sector de la salud en Colombia*. Revista de Economía Institucional. 9(17), 347-357.
- Bardey, D., Couffinhal, A. & Grignon, M. (2003). *Efficacité et risqué moral ex post en assurance maladie*. Revue Française d'Économie, 18(2), 165-197.
- Bardey, D., Cremer, H. & Lozachmeur, J. M. (2009). *Competition in two-sided markets with common network externalities*. Bogotá: Universidad del Rosario. Documentos de Trabajo No. 005937.
- Bardey, D. & Lesur, R. (2005). *Optimal health insurance contract: Is deductible useful?* Economic Letters, 87(3), 313-317.
- Bardey, D. & Rochet, J. C. (2010). *Competition among health plans: A two sided market approach*. Journal of Economics & Management strategy, 19(2), 435-451.
- Bhattacharya, J. (2005). *Specialty selection and lifetime returns to specialization within medicine*. The Journal of Human Resources, 40(1), 115-143.
- Borenstein, S., Mackie-Mason, J. & Netz, J. (2000). *Exercising market power in proprietary aftermarkets*. Journal of Economics & Management Strategy, 9(3), 157-188.
- Brekke, K. & Sorgard, L. (2006). *Public versus private health care in a national health service*. Munich: CESifo Working Paper 1679.
- Bresnahan, T. & Reiss, P. (1991). *Entry and competition in concentrated markets*. Journal of Political Economy, 99(5), 977-1009.
- Buchmueller, T. & DiNardo, J. (2001). *Union effects on health insurance provision and coverage in the United States*. Cambridge: NBER Working Paper No. 8238.
- Buitrago, G. (2014). *Subsidios al aseguramiento privado en salud y gasto público: ¿De qué depende el impacto sobre el gasto público?* Bogotá: Uniandes. Documento Cede (por publicar).

- Congreso de la República de Colombia. *Ley 100 de 1993*. Bogotá.
- Cremer, H. & Pestieau, P. (2006). *Redistributive taxation and social insurance*. *International Tax and Public Finance*, 3(3), 281-295.
- Culyer, A. & Newhouse J. (Eds.). (2000). *Handbook of health economics*. Amsterdam: Elsevier-North Holland, Vol. 1. Part. A.
- Cutler, D. & Zeckhauser, R. (1997). *Adverse Selection in Health Insurance*. Cambridge: NBER Working Paper No. 6107.
- Diamond, P. (1992). *Organizing the Health Insurance Market*. *Econometrica*, Econometric Society, 60(6), 1233-54.
- Dormont, B. & Samson, A. L. (2007). *Restrictions on the number of physicians and intergenerational inequalities: Experience, time and vintage effects in GPs' earnings*. Toronto: Health, Econometrics and Data Group (HEDG) Working Papers.
- Eggleston, K., Norman, G. & Pepall, L. (2001). *Managed health care and provider integration: A theory of bilateral market power*. Medford: Tufts University, Discussion Papers Series.
- Einav, L., Finkelstein A. & Cullen. M. (2010). *Estimating Welfare in Insurance Markets using Variation in Prices*. *Quarterly Journal of Economics* 125(3), 877-921.
- Gagné, R. & Léger, P. (2005). *Determinants of physicians' decisions to specialize*. *Health Economics*, 14(7), 721-735.
- Gal-Or, E. (1997). *Multiprincipal agency relationships as implied by product market competition*. *Journal of Economics & Management Strategy*, 6(1), 235-256.
- _____ (1999). *Vertical integration or separation of the sales function as implied by competitive forces*. *International Journal of Industrial Organization*, 17(5), 641-662.
- Gaynor, M. (2006). *Is vertical integration anticompetitive?: Definitely maybe (but that's not final)*. *Journal of Health Economics*, 25(1), 175-180.
- Gaynor, M., Haas-Wilson, D. & Vogt, W. (2000). *Are invisible hands good hands? Moral hazard, competition, and the second-best in health care markets*. *Journal of Political Economy*, 108(5), 992-1005.
- Gaynor, M., Kleiner, S. & Vogt, W. (2009). *A structural approach to market definition with an application to the hospital industry*. Cambridge: NBER Working Papers 16656.
- Gaynor, M. & Town, R. (2011). *Competition in health care markets*. Cambridge: NBER Working Papers 17208.
- Glazer, J. & McGuire, T. (2000). *Optimal risk adjustment in markets with adverse selection*. *American Economic Review*, 90, 1055-1071.
- _____ (2002). *Setting health plan premiums to ensure efficient quality in health care: minimum variance optimal risk adjustment*. *Journal of Public Economics*, 84, 153-173.
- Gowrisankaran, G. & Town, R. (2003). *Competition, payers and hospital quality*. *Health Services Research*, 38(6), 1403-1421.
- Herr, A. (2009). *Product differentiation and welfare in a mixed duopoly with regulated prices: the case of a public and private hospital*. Berlin: IWQW Discussion Paper Series.
- Hoel, M. & Saether, E. M. (2001). *Public health care with waiting time: The role of supplementary private health care*. Munich: CESifo Working Paper Series 562.

- Jack, W. (2006). *Optimal risk adjustment in a model with adverse selection and spatial competition*. *Journal of Health Economics*, 25, 908-926.
- Jofre-Bonet, M. (2006). *Health care: private and/or public provision*. *European Journal of Political Economy*, 16(3), 469-489.
- Klein, B. (1996). *Market Power in Aftermarkets*. *Managerial & Decision Economics*, 17, 143-164.
- Klemperer, P. (1995). *Competition when consumers have switching costs: An overview with applications to industrial organization, macroeconomics and international trade*. *Review of Economic Studies*, 62(4), 515-539.
- Leffler, K. & Lindsay, C. (1981). *Markets and medical care and medical education: An integrated long-run structural approach*. *Journal of Human Resources*, 16(1), 20-40.
- Lubitz, J. (1987). *Health status adjustments for Medicare capitation*. *Inquiry*, 24, 362-375.
- Martinez-Giralt, X. & Pita, P. L. (2000). *Public and private provision of health care*. Washington: CEPR Discussion Papers 2491.
- McGuire, T. (2000). *Physician agency*. En Culyer, A. J. & Newhouse, J. P. (Eds.).
- Handbook of health economics. Cap. 9, (461-536). Amsterdam: Elsevier-North Holland, Vol. 1. Part. A.
- McKay, Niccie. (1990). *The economic determinants of specialty choice by medical residents*. *Journal of Health Economics*, 9(3), 335-357.
- Mobley, L. Frech III, H.E. (1998). *Managed care, distance traveled and hospital market definition: An exploratory analysis*. Berkeley: University of California. Paper no publicado.
- Motta, M. (2004). *Competition Policy: Theory and Practice*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Newhouse, J., Williams, A., Bennett, B. & Schwartz, W. (1982). *Does the geographical distribution of physicians reflect market failure?* *Bell Journal of Economics*, 13(2), 493-505.
- Nicholson, S. (2002). *Physician specialty choice under uncertainty*. *Journal of Labor Economics*, 20(4), 816-847.
- _____. (2003). *Barriers to entering medical specialties*. Cambridge: NBER Working Papers 9649.
- Nicholson, S. & Souleles, N. (2001). *Physician income expectations and specialty choice*. Cambridge: NBER Working Papers 8536.
- Pauly, M. (1968). *The economics of moral hazard: Comment*. *The American Economic Review*, 58(3), 531-537.
- Pauly, M. & Satterthwaite, M. (1981). *The pricing of primary care physicians' services: a test of the role of consumer information*. *Bell Journal of Economics*, 12(2), 499-506.
- Porteiro, N. (2000). *Optimal regulation of specialized medical care in a mixed system*. Barcelona: UFAE e IAE Working Papers 465.
- Propper, C., Burgess, S. & Gossage, D. (2003). *Competition and quality: Evidence from NHS Internal Market 1991-9*. Washington: CEPR Discussion Papers 4026.
- Rochet, J.C. & Tirole, J. (2003). *Platform competition in two-sided markets*. *Journal of the European Economic Association*, 1(4), 990-1029.
- _____. (2008). *Tying in two-sided markets and the honor all cards rule*. *International Journal of Industrial Organization*, 26(6), 1333-1347.

- Rosenthal, M., Newhouse, J. & Zaslavsky, A. (1991). *The geographic distribution of physicians revisited*. Health Services Research, 40(6), 1931-1952.
- Rochet, J.C. (1991). *Incentives, redistribution and social insurance*. The Geneva Risk and Insurance Review, Palgrave Macmillan Journals, 16(2), 143-165.
- Rothschild, M. & Stiglitz, J. (1976). *Equilibrium in competitive insurance markets: An essay on the economics of imperfect information*. The Quarterly Journal of Economics, 90(4), 629-649.
- Salinger, M.A. (1998). *Vertical Mergers and Market Foreclosure*. Quarterly Journal of Economics, 103, 335-356.
- Schaumans, C. & Verboven, F. *Entry and regulation: Evidence from health care professions*. Washington: CEPR Discussion Papers 5482.
- Schokkaert, E. & Van de Voorde, C. (1994). *Riskselection and the specification of the conventional risk adjustment formula*. Journal of Health Economics, 23(6), 1237-1259.
- Selder, A. (2006). *Medical associations, medical education and training on the job*. CESifo Economic Studies, 52(3), 548-564.
- Shavell, S. (1979). *On moral hazard and insurance*. The Quarterly Journal of Economics, MIT Press, 93(4), 541-562.
- Spengler, J. (1950). *Vertical integration and antitrust policy*. Journal of Political Economy, 58(4), 347-352.
- Thornton, J. (1992). *Physician choice of medical specialty: do economic incentives matter?* Applied Economics, 32(11), 1419-1428.
- Van de Ven, W. & Van Vliet, R. (1992). *How can we prevent cream skimming in a competitive health insurance market? The great challenge for the 90's*. En Zweifel, P. & French, H. E. (Eds.), Health Economics Worldwide (24-46). Dordrecht: Kluwer Academic Pub.
- _____ (1995). *Consumer information surplus and adverse selection in competitive health insurance markets: an empirical study*. Journal of Health Economics, 14, 149-169.
- Wright, J. (2003). *One-sided logic in two-sided markets*. Review of Network Economics, 3(1), 42-63.