

Integración vertical en el sector colombiano de la salud

Vertical Integration in the Colombian Healthcare Sector

David Bardey¹
Giancarlo Buitrago²

DOI: 10.13043/DYS.77.6

Resumen

Este artículo presenta una revisión de la literatura relacionada con la integración vertical en sistemas de salud, con un énfasis especial en el sector colombiano de la salud. Empezamos introduciendo algunos conceptos generales acerca de la integración vertical, y presentamos algunas de sus ventajas y desventajas tradicionales. Luego, nos enfocamos en las consecuencias de la integración vertical en el sector de la salud, tomando como referencia la experiencia de Estados Unidos. A continuación, describimos el sistema de salud colombiano y algunos cambios de la regulación de la integración vertical. Finalmente, proveemos algunas recomendaciones de política pública relacionada

1 Profesor asociado de la Facultad de Economía de la Universidad de los Andes y profesor visitante en la Escuela de Economía de Toulouse. Correo electrónico: d.bardey@uniandes.edu.co.

2 Estudiante de Doctorado en Economía de la Universidad de los Andes. Profesor del Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística de la Pontificia Universidad Javeriana. Correo electrónico: g_buitrago@javeriana.edu.co.

Este artículo fue recibido el 17 de diciembre del 2015, revisado el 26 de mayo del 2016 y finalmente aceptado el 29 de mayo del 2016.

con esta regulación. En particular, recomendamos un cambio desde un enfoque regulatorio hacia un modelo de supervisión.

Palabras clave: estructura del mercado, servicios sanitarios, economía de la salud (Thesaurus).

Clasificación JEL: L42, I11, G22.

Abstract

This paper provides a literature review dealing with vertical integration in healthcare systems with a special emphasis in the Colombian health care sector. We start by introducing some general concerns about vertical integration by presenting some of its traditional advantages and disadvantages. Next, we focus on the consequences of vertical integration in the healthcare sector, taking advantage of the US experience. Then, we describe the Colombian healthcare system and some changes of the vertical integration regulation. Finally, the authors provide some public policy recommendations regarding this regulation. In particular, we recommend to switch from a regulatory approach to a supervision model.

Key words: Market structure, health insurance, health economics, health care (Thesaurus).

JEL classification: L42, I11, G22.

Introducción

La integración vertical es el proceso mediante el cual dos eslabones de una cadena productiva se integran en una sola empresa. En el sector de la salud, este proceso se entiende como la integración entre el aseguramiento y la prestación de servicios de salud, y aunque puede existir integración en muchos otros componentes de la cadena de servicios de salud, esta es la que ha ocupado más la atención de los legisladores y reguladores.

La literatura teórica y empírica revela que la integración vertical entre aseguradores y prestadores en salud puede traer importantes ganancias de eficiencia, entre otros, por la reducción de los costos de transacción y un proceso

de negociación de precios más eficaz para obtener descuentos significativos. Asimismo, la integración vertical también puede traer importantes distorsiones de competencia, porque aumenta el costo de los competidores que no se integran verticalmente a los prestadores de salud, lo que es conocido como estrategias de forclusión.

En Colombia, la integración vertical está sujeta a una regulación que la restringe en el sentido de que los aseguradores de salud, llamados entidades promotoras de salud (EPS) no pueden tener gastos en salud mayores al 30% en su red propia. Se explicará en este artículo que esta regulación resulta más que todo de una negociación entre EPS e instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) para limitar el poder de negociación de las primeras, pero que no cumplen el doble propósito: a) de promover la integración vertical cuando esta es sinónima de ganancias de eficiencia y b) de prohibirla cuando esta lleva a distorsiones de competencia. Se propondrán varias recomendaciones para mejorar la normatividad enfocada en el tema de la integración vertical, en particular haciendo énfasis en la necesidad de pasar de un enfoque regulatorio a uno de supervisión.

Además de esta introducción, este documento está organizado de la siguiente manera: la sección I introduce el tema de la integración vertical desde una perspectiva general; es decir, con consideraciones generales que se pueden aplicar a cualquier sector. La sección II "aterriza" estos conceptos generales al sector de la salud. Además de las consideraciones teóricas sobre la integración vertical en el sector de la salud, se presentan los resultados empíricos, más que todo provenientes de la experiencia estadounidense, donde las consecuencias de la integración vertical en este sector han sido objeto de muchas mediciones. En una tercera sección, se presentan las características generales del sector colombiano de la salud y de su normatividad para analizar el papel de la integración vertical. En la última sección, se concluye y se formulan recomendaciones de política.

I. La integración vertical: algunas generalidades

En muchos sectores de la economía, las empresas utilizan estrategias de integración vertical o, de una manera más suave, establecen relaciones verticales entre diferentes eslabones de la cadena de producción. Estas estrategias

pueden responder a estrategias ofensivas como defensivas. En esta sección se presentan los argumentos a favor de la integración vertical que defienden la idea que permite mejorar la eficiencia. Después se exponen los argumentos en contra, principalmente los que muestran que pueden generar disfuncionamiento en la competencia entre firmas.

A. Las virtudes de la integración vertical

El campo de la organización industrial ha revelado varias virtudes asociadas a la integración vertical. A continuación se resumen varias de ellas. Pero antes de eso, aclaramos que siguiendo la terminología sobre la integración vertical, se habla del "renglón de abajo" (*downstream* en inglés) para las firmas que están directamente en contacto con los consumidores o, por lo menos, que son su primer contacto. Se habla del "renglón de arriba" (*upstream* en inglés), cuando las firmas proveen los insumos a las firmas de abajo.

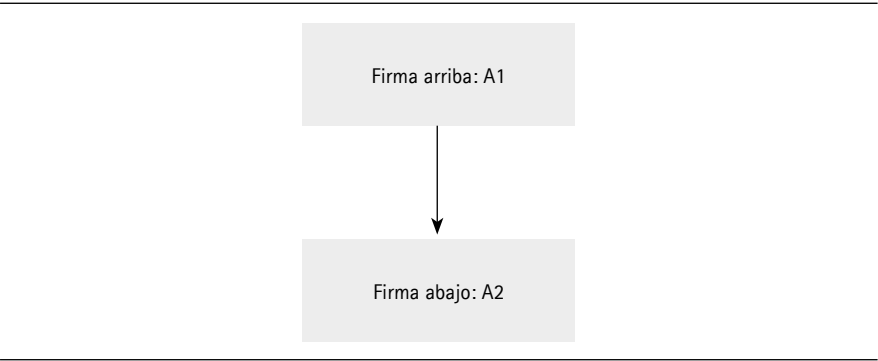
1. Externalidades horizontales y verticales

En numerosos sectores, la integración vertical es una respuesta a varias fallas de mercados, como los problemas causados por la presencia de externalidades verticales y horizontales (Tirole, 1988). Por externalidades se refiere a las consecuencias financieras indirectas de las estrategias de algunos agentes sobre otros actores, los cuales no son objeto de compensaciones financieras.

Para empezar, se considera una estructura de mercado (descrita en la figura 1) en la cual hay una firma abajo y una firma arriba, esta última provee el insumo para la producción que vende la firma de abajo a los consumidores finales. Para simplificar la exposición, se considera el caso en el cual la firma del renglón de abajo necesita comprar una unidad de la firma del renglón de arriba para poder vender una unidad al consumidor final.

En ausencia de la integración vertical, la empresa de abajo escoge las cantidades que vende a los consumidores finales, maximizando únicamente su propia ganancia. Una externalidad vertical ocurre porque esta firma no tiene en cuenta las consecuencias de sus decisiones sobre la ganancia marginal de la firma de abajo. Este fenómeno puede tomar varias formas, según las variables de decisión que se encuentran a disposición de la firma A2. Cuando tiene a disposición solo el precio al cual vende, la ausencia de internalización de

Figura 1. Integración y externalidad vertical

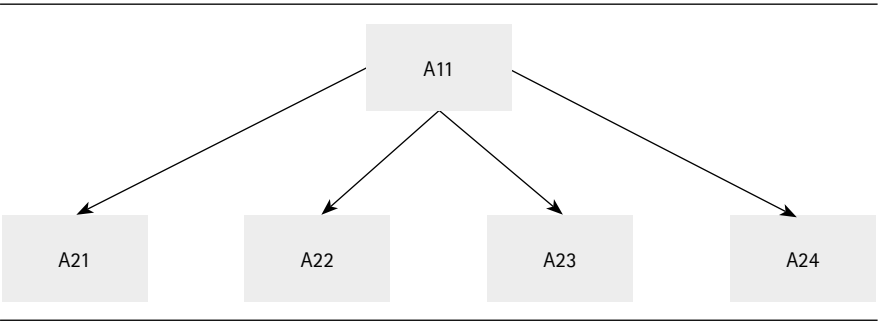


Fuente: elaboración propia.

la ganancia marginal de la firma A1 es conocida como el fenómeno de doble marginalización (Spengler, 1950). Pero puede haber otras formas para que la firma A2 no internalice la ganancia marginal de la firma A1. Por ejemplo, la firma A2 puede decidir acciones como la cantidad de propaganda, sin tener en cuenta la ganancia marginal que obtiene la firma A1 por esta decisión. En este caso, la integración vertical permite mejorar la eficiencia porque las dos firmas se vuelven una, lo cual permite internalizar esta externalidad vertical.

Pueden existir situaciones de externalidades horizontales cuando varias firmas que se encuentran en el renglón de abajo se hacen competencia, a pesar de que ofrecen bienes y servicios a los consumidores finales que se producen a partir de los insumos de una misma firma de arriba. Esta situación se puede visualizar en la figura 2.

Figura 2. Integración vertical y externalidades horizontales



Fuente: elaboración propia.

Una externalidad horizontal ocurre cuando en el juego de la competencia que enfrenta las firmas del renglón de abajo se toman decisiones que terminan afectando de manera positiva o negativa las ganancias marginales de la firma A1. Por ejemplo, las empresas en el renglón de abajo pueden invertir en propagandas para aumentar sus ventas. Si el proceso de transformación del insumo vendido por la firma A1 es muy básico, las firmas en el renglón A2 venden un bien poco diferenciado. En este caso, cada firma del renglón de abajo se beneficia de las inversiones en propaganda que hacen sus competidores. Tal situación crea entonces un fenómeno de pasajero clandestino, en el cual cada firma de este renglón tiende a invertir una cantidad de propaganda subóptima.

2. Reducción de los costos de transacción

Otra ventaja atribuida a la integración vertical es que permite reducir los costos de transacción, especialmente cuando se operan muchas transacciones entre las mismas firmas. En efecto, la teoría microeconómica nos enseña que el nivel de los precios en una transacción no se determina solo por las fuerzas respectivas de la demanda y de la oferta, sino que también por el balance de poder entre las firmas. Este balance de poder depende de los flujos continuos que pueden afectar las firmas, los cuales conducen a aumentar el número de transacciones entre las firmas. La multiplicación de estas transacciones incrementa entonces la oportunidad para renegociar, lo cual en exceso puede afectar la eficiencia de las transacciones entre las firmas. Una manera de eliminar, o por lo menos reducir este problema, es usar un mecanismo de integración vertical que deja menos espacio para la renegociación entre las entidades que forman parte de una misma firma (Tirole, 1999).

Este fenómeno se puede entender fácilmente en el caso particular de la figura 1, en donde hay una sola firma en cada renglón. En esta situación, la interdependencia de ambas firmas es máxima, lo cual puede crear demasiadas tensiones por la negociación de las utilidades que genera esta interdependencia. Una manera de suavizar estas tensiones y las ineficiencias que pueden causar, es que haya una integración vertical de ambas firmas. Sin embargo, la integración vertical no es la única opción posible. Los contratos de largo plazo que pueden firmar las empresas que se encuentran en esta situación de interdependencia, constituyen otra manera para suavizar las ineficiencias creadas por las posibilidades de renegociar los contratos. En ambos casos, una mayor

relación vertical induce a un mejoramiento en la cadena de producción de las empresas involucradas.

3. La negociación de precios

Las empresas del renglón de abajo que tienen integradas una o varias firmas del renglón de arriba, tienen un mayor poder de negociación al momento de firmar contratos con otras firmas del renglón de arriba. Este mayor poder de negociación se debe a que las firmas integradas, por producir sus insumos, tienen un mayor conocimiento sobre los costos incurridos, en comparación a las firmas que no tienen integración vertical. Por tanto, la integración vertical no solo permite a las firmas obtener los insumos a menores costos cuando los producen, sino que también cuando externalizan el servicio y lo compran a otras firmas del renglón de arriba, padecen de una asimetría de información menor por la información que tienen internamente sobre los procesos de producción y de sus costos. Además, los costos de las firmas integradas pueden servir de punto de amenaza en la negociación en caso de externalización.

B. Desventajas de la integración vertical

A continuación se presentan las desventajas de la integración vertical.

1. La falta de flexibilidad

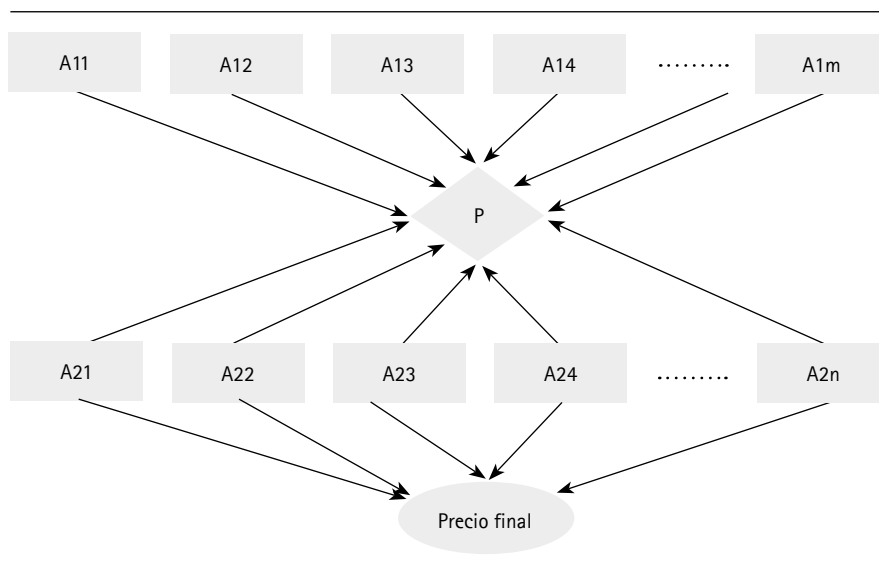
La integración vertical o, en una menor medida, los contratos de largo plazo firmados por las empresas que participan en una misma cadena de producción, las comprometen a no renegociar el valor de los contratos a cada oportunidad que se presente. Este valor del compromiso permite entonces ahorrar los costos de muchos procesos de renegociación, los cuales crean costos de transacción e incertidumbre. Esta incertidumbre puede, por ejemplo, afectar las decisiones de inversión de largo plazo de las empresas. No obstante, este compromiso puede traer algunas ineficiencias, cuando sería realmente mejor para las empresas poder renegociar algunos términos de los contratos cuando el cambio del entorno lo justifica. Esta falta de flexibilidad que lleva la integración vertical (o los contratos de largo plazo) puede entonces terminar en una mala adaptación a cambios de condiciones que ofrecen los mercados. Por tanto, es importante contrabalancear la reducción de los costos de transacción con las ineficiencias que puede causar esta disminución de la flexibilidad.

2. Distorsiones de la competencia: el incremento de los costos de los competidores

Se ha mostrado teóricamente, pero también con validaciones empíricas, que la integración vertical puede causar distorsiones que vienen a afectar el buen funcionamiento de la competencia en un sector. Una de estas distorsiones es el fenómeno en el cual la integración vertical implica un incremento de los costos para las empresas rivales en el renglón de abajo que no acuden a la integración vertical.

Este mecanismo se puede visualizar fácilmente en las figuras 3 y 4. La figura 3 representa un oligopolio bilateral en el cual hay m firmas en el renglón de arriba y n firmas en el renglón de abajo sin que haya integración vertical. En este caso, el precio de mercado se determina por las fuerzas de mercado que dependen de la concentración en ambos renglones, por un lado, y por la elasticidad de la demanda, por otro. Todo el resto igual, a mayor concentración relativa en el renglón de arriba, mayor va a ser el precio que pagan las empresas del renglón de abajo para adquirir los insumos vendidos por las empresas del renglón de arriba. Los precios de estos insumos que entran en el proceso de producción de las firmas del renglón de abajo forman parte de los costos

Figura 3. Oligopolio bilateral sin integración vertical

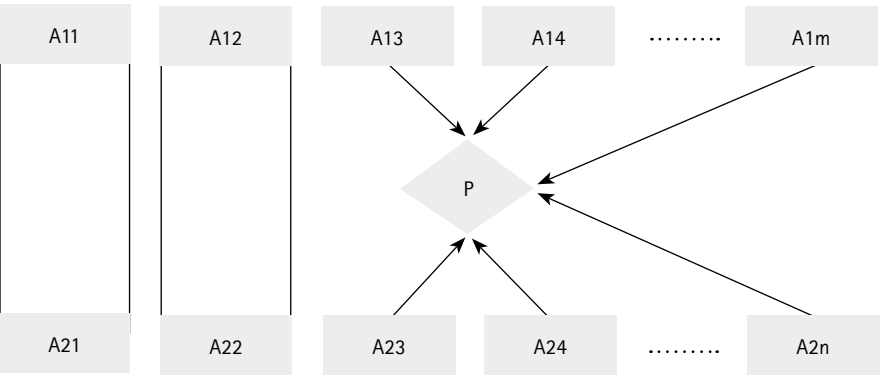


Fuente: elaboración propia.

marginales de estas firmas. Todo el resto igual, un aumento de estos costos marginales tiende a incrementar el precio sometido a los consumidores finales.

Ahora, se propone considerar lo que pasa en este mismo oligopolio bilateral, cuando algunas empresas de ambos renglones son verticalmente integradas (véase la figura 4). Por simplicidad, se considera que las empresas A11 y A12 del renglón de arriba se encuentran verticalmente integradas con las empresas A21 y A22, respectivamente. El supuesto formulado por Salinger (1988) para modelar el funcionamiento de este oligopolio bilateral con firmas verticalmente integradas, es el de suponer que las empresas A21 y A22 pueden adquirir los insumos producidos por las firmas A11 y A12, respectivamente, a un valor que tiende al costo marginal de producción de A21 y A22. Al contrario, las otras firmas del renglón de abajo que conforman este oligopolio bilateral y que no tienen integradas firmas del renglón de arriba compran los insumos a un precio de mercado. Salinger (1988) muestra que la integración vertical entre varias firmas aumenta el precio de mercado al cual se venden los insumos debido al aumento de concentración en el renglón de arriba. En este caso, no solo las empresas integradas obtienen los insumos a un valor que tiende al costo marginal, lo que les da una primera ventaja, sino que también su integración vertical aumenta el precio al cual las empresas no integradas del renglón de abajo adquieren los insumos. Cuando este incremento se vuelve agudo, la integración vertical puede impedir a las otras firmas competir en igualdad de condición.

Figura 4. Oligopolio bilateral con integración vertical



Fuente: elaboración propia.

II. La integración vertical en el sector de la salud

En esta sección se retoma la lógica de la sección anterior; es decir, organizándola en función de las virtudes y de las ineficiencias que conlleva la integración vertical en el sector de la salud. Los argumentos, ya dados en la sección anterior, se traen a la realidad del sector de la salud. Además de estos argumentos se presentan algunos nuevos que son específicos en el sector de la salud.

A. Las virtudes de la integración vertical en el sector de la salud

1. Externalidades horizontales y verticales en salud

En la sección anterior se explicó que sin integración vertical pueden ocurrir problemas de externalidades horizontales, cada vez que las firmas del renglón de abajo compiten entre ellas y que, por sus acciones distintas a los precios, afectan de manera positiva o negativa las ganancias de sus competidores. En el sector de la salud, varias situaciones vienen a ilustrar este fenómeno. Por ejemplo, los aseguradores de salud pueden invertir recursos en campañas de información de promoción y prevención para sus asegurados. En la prevalencia de una enfermedad, dependiendo de la proporción de personas vacunadas, el beneficio marginal de vacunar a sus afiliados por un asegurado es decreciente con el número de vacunas que hacen sus competidores³. Eso crea entonces una situación de pasajero clandestino que lleva a un equilibrio ineficiente, en el cual el número de personas vacunadas es subóptimo.

Bijlsma, Kocsis, Shestalova y Zwart (2008) argumentan que otra externalidad horizontal puede ocurrir con las estrategias de selección de los riesgos. Las estrategias de selección de los riesgos no tienen ningún valor social, pues, en general, los mercados de seguros en salud están sometidos a leyes que garantizan que todo el mundo pueda obtener una cobertura. Por tanto, estas estrategias de selección de riesgos se inscriben en un mismo esquema de pasajero clandestino: en el juego de la competencia, el beneficio marginal de cada asegurador aumenta con la intensidad de estas estrategias, aunque no tiene ningún valor para la sociedad. Otra vez, en mercados pequeños como el de la

3 Véase Geoffard y Philipson (1997) por un argumento completo de porqué es difícil erradicar totalmente una enfermedad contagiosa.

figura 2, en donde hay un solo hospital en el renglón de arriba y un número limitado de aseguradores en el renglón de abajo, puede ser más eficiente autorizar que el hospital integre verticalmente a los aseguradores para que se internalicen estas externalidades horizontales al nivel de estos.

Respecto al tema de las externalidades verticales, parecen constituir un problema menos agudo en el sector de la salud. Obviamente, en zonas geográficas en donde hay un solo hospital y un solo asegurador, un esquema de integración vertical puede eliminar el problema de doble marginalización.

2. Reducción de las asimetrías de información

El sector de la salud es conocido por tener muchas relaciones de agencia, caracterizadas por asimetrías de información entre sus actores. Si bien la integración vertical no cambia realmente los problemas causados por los temas de riesgo moral *ex post* o de selección adversa o ventajosa, los cuales son ambos problemas de asimetría de información entre los asegurados y los aseguradores, puede mejorar los problemas de agencia que tienen los aseguradores con los prestadores. Más precisamente, la integración vertical facilita las tareas de monitoreo que los aseguradores hacen para verificar el cumplimiento de los procedimientos realizados en los hospitales. Estas tareas de monitoreo se realizan gracias a la elaboración de guías de buenas prácticas que los prestadores deben cumplir, o cuando prefieren no cumplirlas, lo deben justificar. Estas guías implican claramente una restricción de la autonomía médica, la cual es objeto de debates muy duros dados por los médicos que quieren proteger su autonomía. No obstante, el lado positivo de esta restricción de libertad es que permite reducir los comportamientos de riesgo moral de los prestadores, generalmente conocidos como comportamientos de demanda inducida (Rice y Labelle, 1989). Estos comportamientos son posibles porque los prestadores, por ser expertos, se benefician de una ventaja informacional. Los esquemas de integración vertical hacen que el costo de monitoreo sea menor, acercando la función de aseguramiento a la función de producción de los servicios en salud, todo el resto igual.

Este mayor control de los aseguradores en la cadena de producción de los servicios y tratamientos en salud explica, parcialmente, que las entidades verticalmente integradas se beneficien de costos menores. Por ejemplo, Miller y Luft (1997, 2002) encuentran en Estados Unidos que los Health Care

Maintenance Organizations (HMO de ahora en adelante), que representan la forma más fuerte de integración vertical, tienen las tasas de hospitalización más bajas, y cuando los pacientes están hospitalizados, las duraciones de estancia hospitalaria son más bajas sin que la calidad sea vea afectada de manera significativa. Estos autores resaltan también que los HMO facilitan más el acceso a los tratamientos preventivos para sus afiliados que los aseguradores tradicionales, las cuales en general no integran verticalmente a los prestadores.

3. Economías de escala y costos de transacción

Castañó-Yepes (2004) explica que las economías de escala y de alcance, las cuales dependen a su turno de la masa de pacientes asociada a una enfermedad, son uno de los determinantes que explican cuándo los aseguradores y los prestadores deciden adoptar un modelo de integración. Asimismo, ilustra lo anterior con el ejemplo del cáncer. Cuando se intenta implementar políticas de promoción y prevención, establecer el diagnóstico básico que no requiere tecnologías de punta (como, por ejemplo, resonancia magnética nuclear o tomografía por emisión de positrones), o administrar tratamientos curativos (quimioterapia o procedimientos quirúrgicos), en general cualquier EPS tiene una masa de pacientes suficiente para ofrecer desde su red propia estos servicios, con un nivel de utilización adecuado que permite producir en condiciones de eficiencia y de calidad. Al contrario, cuando se requieren exámenes de diagnóstico que necesitan equipos muy costosos (como resonadores o tomógrafos), o tratamientos de radioterapia, los aseguradores de salud prefieren externalizar estos servicios a prestadores fuera de su red.

4. La negociación de precios

En la sección I.A.3 se menciona que la integración vertical otorga un mayor poder de negociación a las estructuras integradas. En el sector de la salud, este efecto es muy importante, en buena parte, porque los aseguradores que integran verticalmente a los prestadores por lo general logran imponer que sus usuarios tienen que consultar prestadores de su red. Aunque existen también aseguradores verticalmente integrados que dejan libres a sus usuarios, en este caso imponen mayores gastos de bolsillo (a través de copagos o coaseguros) a sus afiliados cuando escogen recibir tratamientos por prestadores que no pertenecen a la red.

Primero es importante resaltar que desde una perspectiva teórica, existen resultados opuestos sobre las consecuencias en términos de bienestar que conlleva la integración vertical y la elección restringida para los usuarios. Gal-Or (1997, 1999a) propone un modelo en el que los aseguradores como los prestadores son diferenciados. Sin embargo, si bien supone que los asegurados saben cuál es su asegurador preferido⁴, Gal-Or considera que los asegurados no conocen antes de estar enfermos cuál es su prestador preferido; es decir, el prestador de salud que mejor le conviene para su enfermedad⁵. En este enfoque, Gal-Or muestra que cuando todos los aseguradores integran verticalmente a los prestadores en salud, estos logran negociar mejores tarifas. Aun cuando los asegurados valoran la diversidad de prestadores que pueden consultar cuando se enferman, y que tienen una elección de prestadores restringidos con sus aseguradores integrados, los resultados de Gal-Or revelan que el bienestar de los asegurados aumenta gracias al pago de primas más económicas que permiten esta negociación de tarifas con los prestadores.

Más recientemente, Bardey y Bourgeon (2011) desarrollan un enfoque un poco diferente al de Gal-Or en dos aspectos. Por un lado, estos autores introducen una variable de calidad para los servicios que ofrecen los prestadores de salud, que tiene en cuenta que dicha calidad depende del contexto institucional; es decir, si la competencia es entre aseguradores integrados o, al contrario, entre aseguradores que no integran ningún prestador de salud. Por otro, y contrariamente a Gal-Or (1997, 1999a), Bardey y Bourgeon consideran que mientras que los aseguradores no sean percibidos como diferentes por parte de los asegurados, esto permite llegar a una situación de competencia perfecta en el renglón del aseguramiento, los asegurados ya saben antes de enfermarse cuál es su prestador de salud preferido. En otras palabras, además de los eventuales niveles de calidad ofrecidos por los prestadores de salud, estos son percibidos por los asegurados también como diferentes en la dimensión horizontal. De manera similar a las conclusiones de Gal-Or, los resultados de Bardey y Bourgeon revelan que los precios pagados por los aseguradores a los prestadores son menores cuando la competencia es entre aseguradores integra-

4 Gal-Or (1997, 1999a) explica esta diferenciación horizontal mediante el uso del modelo lineal de Hotelling (1929) y el modelo circular de Salop (1979).

5 Este concepto usado por Gal-Or en ambos modelos, es conocido como diferenciación *ex post*, pues antes de conocer su enfermedad, los prestadores pueden ser vistos como idénticos por parte de los individuos.

dos, en lugar de ser entre aseguradores tradicionales, es decir, sin integración vertical. No obstante, las conclusiones respecto al bienestar de los asegurados son opuestas. A pesar de que los asegurados no valoran la diversidad de prestadores como en Gal-Or (1997, 1999a), en Bardey y Bourgeon (2011) la integración vertical trae a los asegurados un nivel de bienestar menor, comparado a la situación en la cual ningún asegurado integra verticalmente a los prestadores. Eso se debe a la integración vertical que se vuelve un mecanismo en el cual el poder de mercado de los prestadores se baja hasta el renglón del aseguramiento y, por tanto, se cobra a los asegurados. Se pierde entonces la competencia perfecta entre aseguradores, y aun cuando las tarifas negociadas por los aseguradores con los prestadores son más bajas que sin integración vertical, el poder de mercado obtenido por los aseguradores, gracias a la integración vertical, conlleva primas mayores, por un lado, y una calidad inferior, por otro; ambos efectos implican un menor nivel de bienestar para los asegurados. Este mecanismo, en el que el poder de mercado baja del renglón de los prestadores hacia el renglón de aseguramiento a través de la integración vertical, puede encontrarse también en Ma (1997).

Si bien los resultados empíricos son como los resultados teóricos contrarios en lo que conciernen las consecuencias de la integración vertical para el bienestar de los asegurados, van relativamente en la misma dirección respecto al tema de la negociación de los precios con los prestadores. Brooks, Dor y Wong (1997), en uno de los primeros artículos dedicados a medir el efecto de la integración vertical sobre los precios pagados a los prestadores, revelan que los HMO obtienen descuentos importantes tomando como referencias las tarifas pagadas por los aseguradores tradicionales. Focalizando en procedimientos para enfermedades cardiovasculares, Dor, Grossman y Koroukian (2004) cuantifican estos descuentos entre el 18% y 23% de las tarifas pagadas por los aseguradores tradicionales. Usando datos de un contrato colectivo para los empleados de un asegurador en el estado de Massachusetts, Altman, Cutler y Zeckhauser (2003) encuentran que la diferencia de costos entre los aseguradores tradicionales y los HMO se puede explicar en un 90%, por las diferencias de tarifas pagadas a los prestadores. Explotando datos del estado de Connecticut, Sorensen (2003) también concluye que los HMO como los Preferred Providers Organizations (PPO de ahora en adelante), los cuales representan una forma de integración vertical menos fuerte, obtienen descuentos importantes en comparación con los aseguradores tradicionales.

Aunque el objeto del presente artículo es, principalmente, el tema de la integración vertical entre aseguradores y prestadores, se debe resaltar que las estrategias de integración pueden también ocurrir entre diferentes prestadores de salud. En este caso es ambiguo determinar si se trata de integración vertical o de integración horizontal, pero en todo caso el objetivo de estas estrategias de integración es aumentar el poder de negociación de los prestadores integrados frente a los aseguradores (Gal-Or, 1999b). Como lo resaltan Cuéllar y Gertler (2006), este fenómeno se ha observado en Estados Unidos después de una entrada masiva de los HMO en el mercado de los seguros en salud. Hospitales y centros médicos se integraron para ganar poder de negociación frente a los HMO. No obstante, Ciliberto y Dranove (2006) indican que los hospitales integrados no se caracterizaron por precios más altos, lo que permite pensar que el incremento del poder de negociación de los prestadores integrados ha permitido contrabalancear el poder de negociación de los HMO.

Para finalizar con el tema de negociación de los precios, es importante tener en cuenta que las diferentes formas de integración vertical en el sector del aseguramiento, tienen efectos diferenciados en los precios negociados. En particular, se puede hacer énfasis sobre la diferencia entre los HMO que constituyen la forma más fuerte de integración vertical y los PPO que, en general, adoptan el enfoque de contratos de largo plazo con los prestadores. A partir de los mismos datos ya citados, Dor *et al.* (2004) señalan que si los descuentos obtenidos por los PPO son del 12% al 13%, los de los HMO, entre el 18% y 23%, lo que tiende a mostrar que la integración vertical es aún la forma más eficaz para reducir los precios pagados a los prestadores.

B. Los problemas de competencia con la integración vertical en el sector de la salud

Como se vio en la sección I, el principal problema de competencia creado por la integración vertical, puede causar un incremento de los costos de los competidores que no adoptan este modelo. Pero también, la segmentación de los riesgos entre los diferentes tipos de aseguradores constituye otro factor que puede afectar el buen funcionamiento de la competencia por incrementar el costo de los aseguradores sin integración vertical.

1. Distorsiones de la competencia en el sector de la salud por efecto precio

Las distorsiones de competencia en los mercados de salud causadas por la integración vertical entre aseguradores y prestadores, pueden responder a varios mecanismos.

La primera distorsión de competencia puede provenir de las estrategias de forclusión que realizan los aseguradores o los prestadores. Básicamente, eso puede ocurrir cuando se firman contratos de exclusividad entre aseguradores y prestadores. Como lo explican Bijlsma *et al.* (2008), los contratos de exclusividad pueden causar distorsiones en el funcionamiento de la competencia cuando los mercados ya son suficientemente concentrados y que algunos actores tienen un poder de mercado ya importante. Al contrario, si ambos mercados son relativamente competitivos, resulta bastante improbable que integraciones verticales terminen afectando el funcionamiento de la competencia. En el sector de la salud, además de los contratos de exclusividad, los aseguradores acuden también a estrategias de discriminación de precios mediante los copagos diferenciados según sus afiliados, que escogen un prestador que pertenece a su red de prestadores integrados o no integrados. En todo caso, uno de los aspectos claves para entender si la integración vertical es deseable o no, son las concentraciones respectivas de los mercados que componen este oligopolio bilateral.

Bijlsma, Boone y Zwart (2010) resaltan que la presencia de economías de escala, que tiende a ser una característica de muchos mercados hospitalarios, puede incentivar a los actores a integrarse verticalmente para llegar a una situación de forclusión. Prácticamente, eso ocurre cuando un asegurador en posición dominante en su renglón integra verticalmente al hospital más grande en el renglón de arriba. Este asegurador manda, entonces, una masa de pacientes a este hospital que se beneficie aún más de economías de escala. Los hospitales competidores más pequeños pueden ya no tener la masa crítica de pacientes, lo cual, por los efectos del aprendizaje, afecta la calidad que ofrecen a sus pacientes. En casos extremos, los hospitales pequeños se pueden ver obligados a salir del mercado. Aplicando las enseñanzas generales de Segal y Whinston (2000), cuando ambos mercados son concentrados y existe una asimetría fuerte en términos de participación de mercado en el mercado de arriba, se vuelve, por tanto, probable que la integración vertical conduzca a comportamientos de forclusión.

En otro efecto que resaltan Bijlsma *et al.* (2010) y que llaman efecto *waterbed*, puede suceder que, cuando existe una especialización regional de los aseguradores de salud, este lleva a que tengan participaciones de mercado relativamente asimétricas por regiones. Para fijar ideas se puede considerar que cada región se encuentra con un asegurador dominante, lo cual se enfrenta a una franja competitiva compuesta de pequeños aseguradores. En este contexto, las estrategias de integración vertical, cuando son realizadas por los aseguradores grandes en cada región, pueden acentuar el diferencial de poder de negociación que tienen con los aseguradores más pequeños. Es importante resaltar que este mecanismo no es necesariamente negativo. El incremento de la ventaja competitiva del asegurador grande puede forzar a los aseguradores más pequeños, que se benefician de un poder de negociación más reducido en sus procesos de contratación con los prestadores y que se aprovechan de menores economías de escala para reducir sus costos. Sin embargo, cuando llega a su paroxismo, este fenómeno puede llevar a un fenómeno de monopolización regional donde cada región termina con un asegurador en posición de monopolio.

Las estrategias de sabotaje calificadas de manera abusiva (Mandy y Sappington, 2007) en el sector de las telecomunicaciones, pueden también implicar que la integración vertical termine dando poder de mercado a los aseguradores, si se aplica este razonamiento a los mercados de salud. En particular, esta situación ocurre cuando algunos hospitales disponen de un alto poder de mercado mientras que sus precios están regulados. En este contexto, la integración vertical puede constituir una manera de transferir el poder de mercado de los hospitales hacia los aseguradores que no son siempre objeto de una regulación.

Como se analizó en la sección I, la integración vertical es también conocida, en algunas circunstancias, por incrementar los costos de los competidores que no adoptan este modelo. Los poderes de negociación asimétricos pueden conducir a la integración vertical que incremente los costos de los aseguradores tradicionales. Eso sucede en los mercados de salud cuando la integración vertical aumenta la concentración en el mercado de los prestadores "libres". En un modelo que adapta el enfoque propuesto por Salinger (1988) al sector de la salud, Baranes y Bardey (2015) muestran que este efecto puede ocurrir. Curiosamente, si bien parece ser uno de los aspectos más controvertidos de la integración vertical en general, y que eso ha sido comprobado en varios sectores, no parece haber estudios empíricos que hayan comprobado directa-

mente si este efecto de incrementar el costo de los aseguradores tradicionales se aplica o no se aplica. No obstante, los resultados mencionados en la sección dedicada a la negociación de precios que muestran los descuentos obtenidos por los aseguradores integrados, tomando como punto de referencia los precios pagados por los aseguradores tradicionales, se pueden interpretar como un incremento relativo de los costos de estos aseguradores. Es difícil saber si este diferencial de precios se explica por razones positivas, es decir, un mejor modelo de negociación por parte de los aseguradores integrados, o si por razones más negativas como la que resalta Salinger (1988).

Uno de los pocos estudios empíricos acerca de las consecuencias de la penetración de aseguradores integrados sobre las primas de los aseguradores tradicionales es el de Baker y Corts (1996). Sus resultados empíricos revelan que el nivel de las primas de los aseguradores tradicionales en función de la penetración de los HMO sigue una curva en forma de U. Al principio, es decir, cuando los HMO tienen una participación de mercado entre el 10% y 20%, las primas de los aseguradores tradicionales tienden a disminuir. Estos autores lo atribuyen a un efecto de competencia: más HMO implica una mayor presión competitiva sobre los aseguradores tradicionales. No obstante, Baker y Corts revelan que más allá de esta participación de mercado el efecto contrario ocurre; es decir, que las primas de los aseguradores tradicionales aumentan con la participación de mercado de los HMO. Esta segunda fase con primas crecientes puede provenir de un incremento de los precios pagados por los aseguradores tradicionales a los prestadores; esto es, el efecto revelado por Salinger (1988), o por un efecto de segmentación de los riesgos que se estudia en el siguiente apartado.

2. Distorsiones de la competencia en el sector de la salud por segmentación de los riesgos

Otro mecanismo para que la integración vertical pueda incrementar los costos de los aseguradores tradicionales es el mecanismo de autoselección de los individuos según su nivel de riesgo. Como se ha visto, los HMO tienden a promover una medicina preventiva que es atractiva para las personas con un buen estado de salud. Igualmente, las restricciones al nivel de los prestadores a los cuales los asegurados pueden acceder cuando escogen un HMO o un PPO, favorece la segmentación de los riesgos en el mercado del aseguramiento de salud. Las personas con un riesgo mayor prefieren beneficiarse de una elec-

ción amplia de prestadores de salud, mientras que las personas con un riesgo menor están dispuestas a aceptar una elección más restringida de prestadores (véanse Hellinger, 1995; Newhouse, 1996; entre otros).

Como ya se explicó, Gal-Or (1997, 1999a) introduce el concepto de diferenciación *ex post*: *ex ante* los individuos no saben si se enfermarán o no se enfermarán y tampoco saben cuáles son los prestadores de salud más adecuados para tratar sus enfermedades. No obstante, en sus artículos, Gal-Or usa esta hipótesis solo para tener en cuenta las consecuencias que estos contratos de exclusividad, *i. e.*, lo que corresponde prácticamente a un modelo de integración vertical, pueden generar en términos de bienestar, pero no tienen en cuenta que los asegurados de un asegurador integrado se caracterizan por un riesgo menor debido a este efecto de autoselección.

Baranes y Bardey (2015) aplican el concepto de diferenciación *ex post* de Gal-Or para modelar explícitamente esta segmentación de los riesgos en los mercados de seguros de salud. Más precisamente, los individuos con una mayor probabilidad de enfermarse valoran más la diversidad de prestadores ofrecida por los aseguradores tradicionales que los asegurados con un riesgo de enfermedad menor. Esta segmentación de los riesgos puede reforzar el incremento de los costos de los aseguradores tradicionales, *ceteris paribus*. Por ejemplo, en su estudio empírico, Baker y Corts (1996) argumentan que la parte creciente de la curva (las primas de los aseguradores tradicionales en función de la penetración de los HMO) se puede deber, en buena parte, a este efecto de segmentación de los riesgos.

Estos efectos de segmentación de los riesgos no se limitan a los aseguradores tradicionales en comparación con los aseguradores integrados, sino que aparecen también entre asegurados integrados según la flexibilidad y la diversidad que les ofrecen a sus asegurados, en la elección de los prestadores en caso de enfermedad. Empíricamente, varios resultados como los de Cutler y Reber (1998), Buchmueller y DiNardo (2002), Strombom, Buchmueller y Feldstein (2002) y Buchmueller y Liu (2005) revelan que los PPO ofrecen una mayor diversidad de prestadores, pero también una mayor flexibilidad en caso de que los pacientes consulten prestadores por fuera de su red; atraen, en promedio, asegurados con un mayor nivel de riesgo que los HMO. En un modelo de mercados de dos lados, Bardey y Rochet (2010) muestran que esta selección adversa que afecta a los PPO no es necesariamente un hándicap, si los PPO pueden

aprovechar a sus asegurados con mayor riesgo para negociar mejores tarifas con los prestadores. Más precisamente, estos autores explican que cuando el efecto demanda, explicado por las preferencias por la diversidad de prestadores, domina el efecto de selección adversa; es decir, que el riesgo promedio de los asegurados de los PPO es mayor a los de los HMO, la participación de mercado de los PPO puede aumentar frente a la de los HMO.

C. Negociación de precios y segmentación de los riesgos: una interacción compleja

En la sección II.A.3 se analizó cómo la integración vertical y los contratos de largo plazo establecidos entre aseguradores y prestadores permiten a los HMO y a los PPO obtener descuentos importantes, tomando como referencia los precios pagados por los aseguradores tradicionales. En la sección II.B.1 se resalta que los precios menores, pagados por las diferentes formas integradas de aseguramiento, se pueden interpretar igualmente como un incremento relativo de los costos de los aseguradores tradicionales, lo cual puede constituir una distorsión de la competencia, o por los menos desfavorecer a los aseguradores tradicionales.

En su modelo teórico de integración vertical aplicado al sector de la salud, Baranes y Bardey (2015) muestran que si bien existe este efecto en el precio, este interactúa de manera compleja con la segmentación de los riesgos. A pesar de que ambos efectos tomados de manera aislada tienden a favorecer a los HMO en contra de los aseguradores tradicionales, la interacción entre ambos efectos puede conducir a la consecuencia opuesta: el nivel de las primas cobradas por los aseguradores tradicionales puede disminuir con el número de aseguradores integrados. Más precisamente, estos autores muestran que eso pasa cuando el costo marginal de los tratamientos es suficientemente bajo; al contrario, para valores más importantes de este costo marginal, un mayor número de los HMO incrementa las primas de los aseguradores tradicionales. Este resultado de Baranes y Bardey puede explicar, en parte, por qué la curva de Baker y Corts tiene una forma de U, o de manera general, por qué las consecuencias de la integración vertical son definitivamente ambiguas, como lo subraya de manera elocuente Gaynor (2006).

III. La integración vertical en el sector colombiano de la salud

En el primer apartado se presentan las evoluciones históricas del sector colombiano de la salud en general, y de la integración vertical en particular. Este apartado aborda, igualmente, la normatividad de la integración vertical y su evolución. En el segundo apartado se explican los términos del debate actual respecto al tema de la integración vertical en Colombia a la luz de las enseñanzas de las secciones I y II.

A. Antecedentes de la integración vertical en Colombia

Hasta antes de la reforma de 1993, el sistema de salud colombiano estaba segmentado en tres grandes pilares: un pilar de seguridad social, un pilar de medicina privada y un pilar de población pobre no asegurada. El pilar de la seguridad social estaba conformado por fondos previsionales. De los 1.040 fondos previsionales existentes, los más importantes por su tamaño eran el Instituto de Seguros Sociales (ISS), Cajanal y Caprecom. En estos fondos existían diversos grados de integración vertical. En particular, el ISS, que tenía el mayor número de afiliados, se caracterizaba por el mayor grado de integración vertical, con una red propia que se constituía como un sistema integrado de prestación de servicios de salud, desde la baja hasta la alta complejidad.

El pilar de la medicina privada estaba constituido por seguros privados de tipo medicina prepagada o seguros de salud tradicionales que reembolsan *ex post* los gastos incurridos por sus afiliados, o simplemente por un mercado en el que pacientes, médicos y hospitales se relacionaban directamente mediante gastos de bolsillo. Por su parte, el pilar de la población pobre no asegurada cubría la mayor parte de la población, la cual recibía servicios en la red de hospitales públicos sin ninguna forma de intermediación. En este esquema, tanto la financiación como la prestación de los servicios estaban en cabeza de los gobiernos nacional y departamental, lo cual se puede interpretar como un modelo de integración vertical entre las funciones de financiamiento y de prestación de servicios en salud. En otras palabras, de forma similar al sistema de salud británico, esta relación estrecha entre financiación y prestación no dejaba espacio para el renglón del aseguramiento o, visto de otra forma, estaba ya integrado en el esquema de financiamiento.

La estructura integrada del ISS y de la red pública mostraba deficiencias, las cuales motivaron una reforma estructural del sistema de salud. Como el ISS no tenía que preocuparse por la masa de pacientes que recibía, tenía bajos incentivos para mejorar la eficiencia y controlar los gastos o para subir la calidad ofrecida a los pacientes. La ausencia de competencia les permitía a los actores del sistema comportarse como maximizadores de rentas. Por el lado de la red pública, la financiación mediante subsidios a la oferta y su posición como prestadores de última instancia, contribuían, igualmente, para que los hospitales públicos no sintieran ninguna presión competitiva, y por lo que no tenían los incentivos para mejorar la calidad o reducir los gastos.

Por lo anterior, el objetivo de la reforma que transformó el sector de la salud durante 1993, fue abrir estos dos sectores a la competencia. Más precisamente, se pensó que la delegación de la función de aseguramiento a las EPS, y, por ende, la delegación del proceso de racionalización de los tratamientos y servicios ofrecidos a los usuarios, asociado a la disciplina de mercado debido a la libertad de elección de los usuarios, iba a disciplinar a las EPS para que ofrecieran un mejor servicio. El papel del Estado en este nuevo entorno está principalmente enfocado en las actividades de supervisión y de regulación, y, de forma secundaria, en la de prestación directa de los servicios de salud. Sin embargo, el Estado presta servicios de salud por medio de los hospitales públicos y de los programas de salud pública conducidos directamente por entidades territoriales.

Respecto al tema de la integración vertical, la Ley 100 de 1993 se puede interpretar como un proceso gradual de separación de las funciones de financiación y de prestación de los servicios y tratamientos. Es decir, en la red hospitalaria pública, lo que se ha buscado es un proceso de desintegración vertical al pasar de una relación jerárquica y centralizada a una relación descentralizada y contractual. En el caso del ISS, el objetivo que se puede inferir de la Ley 100 no era necesariamente el de separar la red prestadora del pagador, sino el de exponer el ISS a la disciplina de la competencia que le hacía falta.

De manera paradójica, y a pesar de lo anterior, se debe resaltar que la Ley 100 fue inspirada por el modelo de competencia regulada⁶, propuesto por Enthoven (1993), en el cual la integración vertical tiene un espacio privilegiado.

6 Conocido con la denominación de *managed care competition*.

El punto de partida del enfoque de Enthoven es la competencia entre prestadores, que por naturaleza es imperfecta. En los mercados hospitalarios, esta imperfección de la competencia es causada por la presencia de economías de escala y la concentración que resulta de ella. En el mercado de los médicos, la competencia está lejos de ser perfecta, también por las dificultades que los pacientes tienen para evaluar la calidad de los diagnósticos y de los tratamientos proveídos por los médicos. Pauly y Satterthwaite (1981) hablan entonces de competencia monopolística⁷. La idea de un modelo de competencia regulada es, por tanto, la de sustituir la competencia imperfecta entre prestadores por una competencia entre aseguradores que intervienen en los procesos de cuidados de salud. La creación del renglón de aseguramiento con EPS que intervienen en el proceso de tratamiento, permite compensar la falta de información que caracteriza a los pacientes en los mercados de la prestación de salud. No obstante, como lo resalta Bardey (2015), este problema de información no está totalmente resuelto, porque si bien en su diseño la Ley 100 prevé que los pacientes delegan a sus EPS el proceso de racionalización de los tratamientos y servicios de salud con las IPS, los usuarios tienen dificultades para evaluar de manera correcta la calidad ofrecida por sus EPS⁸.

Las EPS desarrollaron *redes propias*, expresión adoptada en Colombia para definir la integración vertical entre EPS e IPS, durante la primera década de la Ley 100. Estas redes propias han creado tensiones dentro del oligopolio bilateral compuesto por EPS e IPS, lo cual llegó a su paroxismo durante el 2006. Esto se reflejó en la Ley 1122 del 2007, que limitó a las EPS a no contratar más del 30% del valor del gasto en salud directamente o por intermedio de terceros, con sus propias IPS. Además de este techo del 30%, las EPS del régimen subsidiado tienen que gastar por lo menos el 60% de sus gastos con hospitales pertenecientes a la red pública, lo cual, de manera diferente y más indirecta, constituye otro límite a la integración vertical.

7 Hay varias razones que explican esta competencia monopolística. En primer lugar, los médicos son expertos; por tanto, se benefician de una ventaja informacional que les permite inducir la demanda de sus pacientes (Rice y Labelle, 1989). En segundo lugar, esta posición de expertos hace que sus servicios puedan ser considerados como *bienes de experiencia*, lo que aumenta los *switching costs* de los pacientes. Por tanto, aun cuando hay una competencia entre prestadores, esta competencia es por naturaleza monopolística.

8 Por ejemplo, se observa frecuentemente que las EPS con indicadores de calidad bajos son también las que tienen participaciones de mercado importantes.

Si bien la normatividad parece clara sobre el tema de la integración vertical, se debe resaltar que poco se ha hecho para poder supervisar que realmente se cumple dicha normatividad. No obstante, la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud ha permitido la creación de bases de datos que facilitan la verificación de si esta normatividad se cumple realmente. Más allá del cumplimiento o no de las EPS, es importante notar que existen figuras que responden a los conceptos de integración vertical, pero que no son interpretadas como tal en la normatividad colombiana. Las cajas de compensación familiar ilustran muy bien lo anterior. Son grupos económicos dueños de varios renglones en la cadena de producción en el sector de la salud y hoy este modelo no ha sido interpretado como integración vertical por las autoridades estatales en Colombia.

B. El debate alrededor de la integración vertical en el sector colombiano de la salud

La integración vertical en el sector de la salud ha generado un debate apasionado, primero por los actores mismos del sector, y segundo, porque este debate ha tomado espacio en el espectro político.

La negociación de precios y de manera general, la obtención de servicios y tratamientos en salud a mejores costos, constituyen la principal ventaja de la integración vertical en el sector colombiano de la salud. No obstante, el valor de los contratos es una información reservada de las EPS, por lo cual es difícil evaluar, precisamente, qué tan efectiva es la integración vertical para negociar los precios con los prestadores, que sea de manera directa con los de la red propia, o de forma indirecta con los que no pertenecen a la red.

En Colombia, la normatividad que regula el papel de las EPS impone que la competencia entre EPS sea solo en calidad y no en primas, pues las EPS reciben unidades por capitaciones ajustadas a los riesgos y pagadas por el Estado. Esta competencia en calidad implica que las ganancias de eficiencia que procuran las estrategias de integración vertical, no generan una ventaja directa por los costos menores que permitirán a las EPS cobrar primas más económicas y, por tanto, ganar participaciones de mercado. En el mejor de los casos, estas ganancias de eficiencia se traducen en una mejor calidad, pero —como

se ha visto— el nivel de calidad ofrecido no parece ser la variable que explica bien las participaciones de mercado de las EPS (Bardey, 2013). Esta observación implica que cuando la integración vertical genera ganancias de eficiencia por las razones evocadas en las secciones I y II, estas tienden a convertirse en rentas para las EPS. No obstante, al nivel macro, estas ganancias de eficiencia pueden contribuir a suavizar el incremento de las unidades por capitación pagadas a las EPS.

En Colombia, no parece existir un efecto de segmentación de los riesgos como en Estados Unidos, donde los aseguradores caracterizados por la red de prestadores logran atraer a las personas con un riesgo de salud menor que les favorece frente a sus competidores. En Colombia, si bien pueden existir estrategias de selección de los riesgos por parte de las EPS, no parece haber un patrón claro que relacione el tamaño de las redes propias de las EPS con el perfil de riesgo de sus afiliados. Otra vez, esta posible distorsión de competencia que existe en otros países por la integración vertical, no parece ser un problema en Colombia.

Con respecto a la sección II, lo que no deja de sorprender en el sector colombiano de la salud, es que los actores que están fuertemente en contra de la integración vertical no son los aseguradores con una red propia pequeña, o incluso sin ninguna red propia, sino que son los prestadores de salud. En efecto, en la sección II se resaltó que la integración vertical entre aseguradores de salud y prestadores puede llevar a dificultar el papel de los aseguradores sin red propia de dos formas: o drásticamente por el tema de la forclusión, o de manera menos fuerte por el tema del incremento de los costos que les puede debilitar en el juego de la competencia.

En grandes zonas urbanas de Colombia, la integración vertical genera tensiones entre los actores de los renglones del aseguramiento y de la prestación, pero por el número de actores en cada renglón, los riesgos de forclusión son limitados. En efecto, en los grandes centros urbanos del país, el hecho de que haya integración vertical entre un asegurador y un prestador, no limita a los competidores de estos renglones en sus actividades. Las tensiones se explican porque las EPS que han adoptado el modelo de integración vertical, en muchos casos, no han integrado a prestadores existentes, sino que han desarrollado su

propia red de prestadores⁹, es decir, nuevos prestadores han aparecido. Esta observación tiene varias consecuencias:

- 1) No ha aumentado la concentración en el mercado de los prestadores a los cuales pueden acceder las EPS sin red propia.
- 2) Por lo anterior, las EPS sin red propia, o con una red propia pequeña, no se han visto afectadas por un incremento de los precios de los servicios y tratamientos. En otras palabras, no hay un efecto de un incremento de los costos de los competidores (Salinger, 1988).
- 3) El incremento del número de prestadores ha afectado a los prestadores que no pertenecen a una red propia, por tres canales:
 - a) la mayor competencia reduce las cantidades de tratamientos y servicios de salud que puede vender cada prestador a las EPS;
 - b) la reducción de las ventas de cada prestador se encuentra asociada a un aumento de las cantidades ofrecidas al nivel agregado, lo que reduce el precio de equilibrio;
 - c) el mayor número de clínicas implica un incremento de los precios en el mercado de los médicos y de las enfermeras que afectan el nivel de utilidades obtenido por las clínicas.

En resumen, el problema de la integración vertical en los grandes centros urbanos de Colombia parece, más que todo, responder a tensiones económicas entre los diferentes actores que componen un mismo oligopolio bilateral. Las distorsiones evocadas en las secciones I y II no parecen aplicarse a estos mercados. No obstante, como la variable de ajuste de las EPS se encuentra al nivel de la calidad ofrecida a los usuarios, es necesario que desde los datos disponibles y analizados por la Superintendencia Nacional de Salud se pueda relacionar directamente la integración vertical con la calidad ofrecida a los usuarios para detectar tempranamente si esta genera distorsiones que pueden afectar a los usuarios.

9 En Colombia, la integración vertical ha generado un debate sobre el uso del dinero de las unidades por capitación (UPC) por parte de las EPS. Más precisamente, la pregunta que ha causado controversia es la de saber si las EPS pueden usar el dinero de las UPC para inversiones de infraestructura o si, al contrario, ese dinero se debe invertir en gastos de salud corrientes. El caso de SaludCoop ha revelado que existen dos conceptos diferentes de los órganos de control: la Superintendencia de Salud y la Controlaría General.

La integración vertical entre EPS y prestadores en las zonas rurales de Colombia, puede afectar más el sector de la salud, porque son zonas que se caracterizan, por naturaleza, por una baja competencia. En muchos casos existe un único hospital y su integración por una EPS generaría una situación de forclusión. En este caso, lo más recomendable es prohibir la integración vertical. No obstante, en los casos aún más particulares pero relativamente frecuentes en los cuales hay una sola EPS y una sola IPS, la integración vertical podría mejorar la eficiencia por el tema de las externalidades horizontales evocadas en las secciones I y II.

IV. Conclusión y recomendaciones

Como principal conclusión de este documento se determina que en los grandes centros urbanos de Colombia, las condiciones no parecen darse para que la integración vertical cause las distorsiones de competencia que suceden en otros contextos. En este contexto, la integración vertical puede entonces mejorar la eficiencia sin que la competencia se vea afectada. En las zonas rurales de Colombia, al contrario, la baja competencia en estos mercados constituye un terreno favorable para que la integración vertical entre EPS e IPS resulte en comportamientos de forclusión. En este caso, la recomendación sería al revés, es decir, de prohibir *a priori* la integración vertical.

Estas recomendaciones asimétricas, según el grado de competencia de los mercados en salud, implican que la regulación vigente que consiste en limitar la integración vertical a un techo del 30% de los gastos de una EPS, no desempeña el doble papel de minimizar las distorsiones de la integración vertical, y a su vez de promover sus ganancias de eficiencia. Al contrario, este techo que limita la integración vertical parece responder a una lógica de negociación entre actores que conforman el oligopolio bilateral. En efecto, este techo está actualmente aplicado a una escala nacional, lo cual resulta de la agregación de muchos mercados locales. Como consecuencia de lo anterior, aun cuando se cumple este techo, los gastos dentro de su red propia por parte de una EPS pueden ser del 90% en un mercado local y del 5% en otros mercados, de tal forma que se cumple el techo pero se pierde el propósito de este. En otras palabras, el cumplimiento de este techo permite, a la vez, que las EPS recurran a modelos de integración vertical cuando esta causa distorsiones severas

de competencia, como las estrategias de forclusión, mientras que la puede impedir cuando esta genera ganancias de eficiencia.

Las recomendaciones de este documento serían las siguientes: a) no tener ningún umbral respecto a la integración vertical, es decir, de pasar de un enfoque regulatorio a un enfoque de supervisión, b) autorizar sin ningún límite *a priori* la integración vertical en los grandes centros urbanos, c) prohibirla en las zonas rurales que se caracterizan por un número limitado de actores y d) supervisar la relación directa entre integración vertical y la calidad de los servicios y tratamientos ofrecidos en cada mercado local para asegurarse de que las distorsiones de la integración vertical no predominen sobre las ganancias de eficiencia.

Reconocimientos

Los autores agradecen el apoyo financiero de la Superintendencia Nacional de Salud para la realización de este trabajo. Una versión preliminar de este trabajo se publicó en el *Documento CEDE* 38, 2015.

Referencias

1. Altman, D., Cutler, D., & Zeckhauser, R. (2003). Enrollee mix, treatment intensity, and cost in competing indemnity and HMO plans. *Journal of Health Economics*, 22(1), 23-45.
2. Baker, L., & Corts, K. (1996). HMO penetration and the cost of health care: Market discipline or market segmentation? *The American Economic Review*, 86(2), 389-394.
3. Baker, L. (1997). The effect of HMOs on fee-for-service health care expenditures: Evidence from Medicare. *Journal of Health Economics*, 16(4), 453-481.
4. Baranes, E., & Bardey, D. (2015). Competition in health care markets and vertical restraints. *Health Economics Review*, forthcoming.

5. Bardey, D., & Bourgeon, J.-M. (2011). Health care network formation and policyholders' welfare. *The B. E. Journal of Economic Analysis & Policy*, 11(2), 4-15.
6. Bardey, D., & Rochet, J.-Ch. (2010). Competition between health plans: A two-sided market approach. *Journal of Economics and Management Strategy*, 19(2), 435-451.
7. Bardey, D. (2013). Competencia en el sector de la salud: énfasis en el caso colombiano. *Coyuntura Económica: Investigación Económica y Social*, XLIII (2), 17-52.
8. Bardey, D. (2015). Pago por desempeño en el sistema de salud colombiano. *Revista Monitor Estratégico*, (7), 4-7.
9. Bernheim, B. D., & Whinston, M. D. (1998). Exclusive dealing. *Journal of Political Economy*, 106(1), 64-103.
10. Bijlsma, M., Boone, J., & Zwart, G. (2010). *Selective contracting and foreclosure in health care markets* (Discussion Paper 140). CPB.
11. Bijlsma, M., Kocsis, V., Shestalova, V., & Zwart, G. (2008). *Vertical foreclosure: A policy framework* (Discussion Paper 157). CPB.
12. Brooks, J. M., Dor, A., & Wong, H. S. (1997). Hospital-insurer bargaining: An empirical investigation of appendectomy pricing. *Journal of Health Economics*, 16(4), 417-434.
13. Buchmueller, Th., & DiNardo, J. (2002). Did community rating induce an adverse selection death spiral? Evidence from New York, Pennsylvania, and Connecticut. *The American Economic Review*, 92(1), 280-294.
14. Buchmueller, Th., & Feldstein, P. J. (1997). The effect of price on switching among health plans. *Journal of Health Economics*, 16(2), 231-247.
15. Buchmueller, Th., & Liu, S. (2005). Health insurance reform and HMO penetration in the small group market. *Inquiry*, 42(4), 367-380.

16. Burns, L. R., & Pauly, M. V. (2002). Integrated delivery networks: A detour on the road to integrated health care? *Health Affairs*, 21(4), 128-143.
17. Castaño-Yepes, R. A. (2004). Integración vertical entre empresas promotoras de salud e instituciones prestadoras de servicios de salud. *Gerencia y Políticas de Salud*, 3(6), 35-51.
18. Ciliberto, F., & Dranove, D. (2006). The effect of physician-hospital affiliations on hospital prices in California. *Journal of Health Economics*, 25(1), 29-38.
19. Cuéllar, A. E., & Gertler, P. J. (2006). Strategic integration of hospitals and physicians. *Journal of Health Economics*, 25(1), 1-28.
20. Cutler, D. M., & Reber, S. J. (1998). Paying for health insurance: The trade-off between competition and adverse selection. *The Quarterly Journal of Economics*, 113(2), 433-466.
21. Cutler, D. M., McClellan, M., & Newhouse, J. P. (2000). How does managed care do it? *The RAND Journal of Economics*, 31(3), 526-548.
22. Dor, A., Grossman, M., & Koroukian, S. M. (2004). Hospital transaction prices and managed-care discounting for selected medical technologies. *The American Economic Review*, 94(2), 352-356.
23. Dranove, D., & Satterthwaite, M. A. (2000). The industrial organization of health care markets. In A. Culyer, & J. Newhouse (eds.), *Handbook of Health Economics* (cap. 20, pp. 1094-1139). Ámsterdam: Elsevier Science, B. V.
24. Enthoven, A. C. (1993). The history and principles of managed competition. *Health Affairs*, 12(Supplement 1), 24-48.
25. Gal-Or, E. (1997). Exclusionary equilibria in health care markets. *Journal of Economics and Management Strategy*, 6(1), 5-42.
26. Gal-Or, E. (1999a). Mergers and exclusionary practices in health care markets. *Journal of Economics and Management Strategy*, 8(3), 315-350.

27. Gal-Or, E. (1999b). The profitability of vertical mergers between hospitals and physician practices. *Journal of Health Economics*, 18(5), 621-652.
28. Gaynor, M. (2006). Is vertical integration anticompetitive?: Definitely maybe (but that's not final). *Journal of Health Economics*, 25(1), 175-180.
29. Geoffard, P.-Y., & Philipson, T. (1997). Disease eradication: Private versus public vaccination. *American Economic Review*, 87(1), 222-230.
30. Hellinger, F. (1995). "Any-willing-provider" and freedom of choice laws: An economic assessment. *Health Affairs*, 14(4), 297-302.
31. Hotelling, H. (1929). Stability in competition. *The Economic Journal*, 39(153), 41-57.
32. Kessler, D. P., & McClellan, M. B. (1999). *Is hospital competition socially wasteful?* (Working Paper 7266). NBER.
33. Ma, Ch. A. (1997). Option contracts and vertical foreclosure. *Journal of Economics and Management Strategy*, 6(4), 725-753.
34. Mandy, D., & Sappington, D. (2007). Incentives for sabotage in vertically related industries. *Journal of Regulatory Economics*, 31(3), 235-260.
35. Miller, N. H. (2006). Insurer-provider integration, credible commitment and managed-care backlash. *Journal of Health Economics*, 25(5), 861-876.
36. Miller, R. H., & Luft, H. S. (1997). Does managed care lead to better or worse quality of care. *Health Affairs*, 16(5), 7-25.
37. Miller, R. H., & Luft, H. S. (2002). HMO plan performance update: An analysis of the literature, 1997-2001. *Health Affairs*, 21(4), 63-84.
38. Newhouse, J. P. (1996). Reimbursing health plans and health providers: Efficiency in production versus selection. *Journal of Economic Literature*, 34(3), 1236-1263.

39. Pauly, M. V., & Satterthwaite, M. A. (1981). The pricing of primary care physicians' services: A test of the role of consumer information. *The Bell Journal of Economics*, 12(2), 488-506.
40. Rice, Th., & Labelle, R. J. (1989). Do physicians induced demand for medical services? *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 14(3), 587-600.
41. Salinger, M. A. (1988). Vertical mergers and market foreclosure. *Quarterly Journal of Economics*, 103(2), 345-356.
42. Salop, S. C. (1979). Monopolistic competition with outside goods. *The Bell Journal of Economics*, 10(1), 141-156.
43. Segal, I. R., & Whinston, M. D. (2000). Exclusive contracts and protection of investments. *RAND Journal of Economics*, 31(4), 603-633.
44. Sorensen, A. T. (2003). Insurer-hospital bargaining: Negotiated discounts in post-deregulation Connecticut. *The Journal of Industrial Economics*, 11(4), 469-490.
45. Spengler, J. J. (1950). Vertical integration and antitrust policy. *Journal of Political Economy*, 58(4), 347-352.
46. Strombom, B. A., Buchmueller, Th. C., & Feldstein, P. J. (2002). Switching costs, price sensitivity and health plan choice. *Journal of Health Economics*, 21(1), 89-116.
47. Tirole, J. (1988). *The theory of industrial organization*. Cambridge, Massachusetts: MIT Press.
48. Tirole, J. (1999). Incomplete contracts: Where do we stand? *Econometrica*, 67(4), 741-781.