

# ENTRE EMPRESAS Y CONSUMIDORES

## Sistema de salud en Colombia, visto desde un modelo de múltiples lados

Diana Carolina Camargo Castelblanco\*  
Carolina Castrillón Vélez\*\*

### Introducción

El análisis del modelo de mercado de múltiples lados, tal y como lo presentan Jean-Charles Rochet y Jean Tirole en *Defining Two-Sided Markets*, revela la importancia del estudio de la estructura de este modelo al explicar las interacciones que se generan en multiplicidad de mercados, interacciones que permiten que diversos agentes, con intereses particulares, obtengan beneficios del mercado por medio de una plataforma, la cual les permitirá interactuar minimizando costos. Para el caso particular a analizar, en el

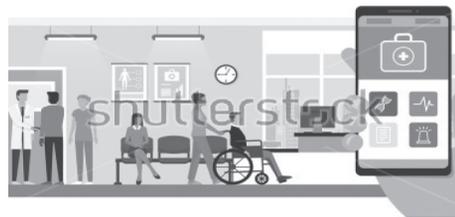


Imagen tomada de: [<https://shutr.bz/2LwDVPs>]

presente escrito se considera que el sistema de salud colombiano se puede evaluar mediante el modelo de múltiples lados, ya que está compuesto por agentes tales como EPS, IPS, usuarios y ADRES, donde la EPS actúa como plataforma, permitiendo la interacción entre los usuarios, las IPS y el ADRES.

El documento se divide en 3 secciones, descritas de la siguiente forma: en la primera parte se habla de cómo funciona el sistema de salud en Colombia; en la segunda se explica el funcionamiento del mercado de

\* Estudiante de VIII de la Facultad de Economía de la Universidad Externado de Colombia. Correo-e: [dianca0319@gmail.com]

\*\* Estudiante de VIII semestre de la Facultad de Economía de la Universidad Externado de Colombia. Correo-e: [carolina.castrillon@est.uexternado.edu.co]

múltiples lados, con el fin de mostrar que el sistema de salud colombiano se comporta como este tipo de mercados y, para finalizar, en la tercera parte se dan las respectivas conclusiones.

## ¿Cómo funciona el sistema de salud en Colombia?

### *Antecedentes*

Durante la primera mitad del siglo xx, en los países de América Latina se vivió un periodo en el cual el sistema de salud era segmentado. Sistema que se comportaba como un monopolio, modelo según el cual si un único productor ofrece un bien o servicio lo hará de manera más eficiente de lo que harían varios productores en competencia. Ya que el modelo de monopolio permite que los costos de producción del monopolista puedan ser menores que la suma de los costos de varios productores privados compitiendo, en los sistemas de salud ello puede implicar racionamientos de servicios o reducción de las coberturas de servicios, al generar economías de escala en la compra y provisión de insumos y procedimientos. Sin embargo, en Colombia este modelo segmentado no cubría más del 25% de la población. Por tanto, existía inequidad entre ricos y pobres, en términos de cobertura y calidad, así como entre el área urbana y rural o diferentes regiones geográficas del país (Ruiz Gómez, 2013).

## *Ley 100*

### Conceptos clave

EPS	Entidad promotora de salud, encargada de promover la afiliación al sistema de seguridad social (Ospina Vélez, 2010).
IPS	Institución prestadora de servicio, son todos los centros clínicos y hospitales donde se prestan los servicios médicos (Ospina Vélez, 2010).
POS	Es el eje del sistema general de seguridad social en Colombia y corresponde al paquete de servicios básicos al que cada nacional tiene derecho en las áreas de recuperación de la salud, prevención de la enfermedad y cubrimiento de ingresos de manera transitoria cuando se presenta incapacidad de trabajar por enfermedad, accidentes o por maternidad (Ministerio de salud, 2018a).
UPC	Unidad de pago por capitación es el valor anual que se reconoce por cada uno de los afiliados al sistema general en salud para cubrir las prestaciones del pos. El incremento del valor del UPC se calcula teniendo en cuenta la inflación esperada y los diversos grupos de riesgo de edad, sexo y zona geográfica (Ministerio de salud, 2018b).
Usuarios	Personas beneficiarias del servicio de salud a través del pos; dichas personas contribuyen para tener acceso al servicio o son subsidiadas.

La expedición de la nueva Constitución Política en 1991 abrió paso a la creación de proyectos que garantizaran las condiciones propuestas en un Estado Social de Derecho; es así como en 1993 surgió la Ley 100, que afirma:

La Seguridad Social Integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad (Congreso de la República de Colombia, 1993).

Por lo anterior, con dicha ley se proponía un diseño macroeconómico orientado a aumentar la inversión en salud y mejorar la eficiencia en la asignación del servicio, es decir, superar la inequidad entre los distintos grupos sociales. También se impulsó un esquema microeconómico funcional en el cual la organización de la prestación de servicios estaba bajo un enfoque de integración horizontal público–privado con el objetivo de separar la financiación y la previsión como mecanismo para imprimir mayor eficiencia técnica al sistema (Ruiz Gómez, 2013).

En cuanto al papel del Estado, la reforma reposicionó el rol del gobierno en la función de modulador de los diferentes agentes institucionales que generó el nuevo sistema de salud (Ruiz Gómez, 2013). Este papel se concentró en instituciones tales como la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), que empezó a funcionar desde 2017, y cuyo objetivo es garantizar el adecuado flujo de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) e implementar los respectivos controles, a partir de la administración, del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (FONSAET), de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), del aseguramiento obligatorio en salud, y el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga). Esta última creada con el fin de compensar por tecnologías no incluidas en el Plan de Beneficios en Salud (PBS) por parte de las entidades promotoras de salud (EPS), y de las reclamaciones por prestaciones de salud ocasionadas por accidentes de tránsito y eventos catastróficos y terroristas, por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), personas naturales y personas jurídicas (Ministerio de Salud, 2017).

Dicho sistema está regido bajo cuatro principios: privatización, descentralización, subsidios a la demanda y procesos de identificación. Y a su vez se divide en dos grandes grupos: el régi-

men contributivo y el régimen subsidiado, el primero de los cuales consiste en que el usuario realiza aportes, tanto directamente como empleado como indirectamente por medio de su empleador, mientras que en el segundo se realizan aportes vía presupuesto nacional, recursos de solidaridad y/o poderes locales. Las personas que están en este último régimen no tienen las prestaciones económicas del régimen contributivo (Universidad Nacional de Colombia, 2018).

La Ley 100 estableció una diferencia entre el prestador y el aseguramiento. Es así como las EPS tienen el papel de aseguradoras y recaudadoras de recursos mientras que las IPS son las que brindan el servicio. Las EPS y las IPS pueden ser tanto públicas como privadas; por tanto, se puede dar integración vertical, es decir, una EPS puede crear su propia IPS. Al darse esta estructura, hay una reducción de costo, en la medida en que la EPS se hace cargo de algunas o la totalidad de las tareas relacionadas con la distribución de servicio que genera, reduciendo así los costos de transacción; sin embargo, se presenta baja calidad en la prestación del servicio (Universidad Nacional de Colombia, 2018).

Como gran parte de los recursos públicos van a las EPS, y a su vez que existen multiplicidad de las mismas, es necesaria la competencia con el fin de que los recursos se distribuyan de

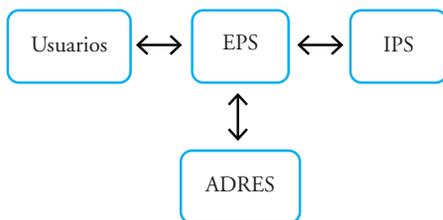
manera eficiente. Teniendo en cuenta que una EPS puede estar en diferentes IPS mientras que un usuario puede acceder solamente a una EPS, con el fin de atraer usuarios las EPS deben desarrollar diferentes estrategias para ser atractivas en el mercado, por lo cual mejorarán la calidad del servicio, beneficiando a los usuarios. Por el contrario, si no hay competencia no hay incentivos para mejorar la calidad del servicio. Dicha competencia se refleja, por ejemplo, en los tiempos de espera para obtener las citas médicas y las barreras que ponen las EPS en el acceso a los servicios de salud.

Sin embargo, esta calidad tiene diferentes matices, lo cual dificulta una competencia efectiva. En primer lugar, el grado de calidad que presenta una EPS A de tamaño medio, al servicio de calidad que presenta una EPS B de mayor tamaño no se pueden equiparar, dado que la EPS B tiene mejores instrumentos para atender diversas patologías que la EPS A. En segundo lugar, es complicado distinguir la calidad que proviene de las EPS y la que proviene de las IPS, debido a que la EPS puede ejercer su función de manera eficiente, mientras que la IPS puede atrasar este proceso (Superintendencia de Industria y Comercio, n.d.).

### **Modelo de múltiples lados**

Los mercados de dos lados, o más generalmente de múltiples lados, se

definen como aquellos en los que una o varias plataformas permiten interacciones entre usuarios finales y debido a dicha interacción, tanto la plataforma como los lados obtienen beneficios. Es decir, las plataformas buscan atraer a cada lado mientras maximizan beneficios. Este modelo presenta tanto nivel de precios como estructura de precios, donde el primero es el precio total cobrado por la plataforma en todos los lados y está determinado por las elasticidades de la demanda y la competencia de la plataforma, y el segundo es el precio de transacción de las dos partes, haciendo referencia a la descomposición o asignación del precio total entre comprador y el vendedor (Rochet y Tirole, 2018).



Fuente: Elaboración propia.

Una condición necesaria para que un mercado sea múltiple es que el teorema de Coase no se aplica a la relación entre los lados de los mercados, es decir, la ganancia del comercio entre las dos partes generada por la interacción depende únicamente de la carga total impuesta por el mercado, y así en un mundo Coase (1960), la estructura de precios es neutral. Por lo anterior, hay existencia de no neu-

tralidad de precios. A su vez, este modelo se relaciona con las teorías de las externalidades de red y de los precios multiproducto (de mercado o regulados). Del primero, toma prestada la noción de que existen externalidades no internalizadas entre los usuarios finales, donde un usuario final no internaliza el impacto en el bienestar de su uso de la plataforma en otros usuarios finales. Y del último, utiliza el enfoque en la estructura de precios y la idea de que las estructuras de precios tienen menos probabilidades de ser distorsionadas por el poder de mercado que el precio niveles. La literatura de precios multiproductos, sin embargo, no permite externalidades en el consumo de diferentes productos, es decir que el comprador desde un comienzo internaliza los costos extra que debe asumir por la compra de un bien (Rochet y Tirole, 2018).

### *Caracterización del modelo de múltiples lados en el sistema de salud colombiano*

Como ya se describió, en el sistema de la salud en Colombia hay interacciones entre agentes, tales como: EPS, IPS, usuarios y ADRES. En esta interacción, las EPS permiten la interacción entre los usuarios, las IPS y el ADRES.

### *Interacciones*

Usuarios-EPS: las EPS son las entidades que reciben las afiliaciones y pagos de

los cotizantes, además garantizan el cumplimiento de la prestación de servicios del POS. Dependiendo del tipo de régimen, el usuario o el Estado paga una cuota de afiliación a las EPS con el fin de acceder al POS y a la prestación del servicio de salud en una IPS. A los usuarios del régimen contributivo se les realiza un descuento del 12% de su salario. Del 12%, 4% los da el empleado y 8% los da el empleador. Si se trata de un trabajador independiente, el pago debe ser aportado en su totalidad por el mismo. Para los pensionados se aplica el 12% sobre su pensión (Universidad Nacional de Colombia, 2018).

**IPS-EPS:** las IPS son las instituciones que cuentan con la planta física, tales como hospitales, clínicas, centros de salud y emergencia, para prestar el servicio de salud al usuario. La EPS le paga a la IPS, por medio del valor que el sistema reconoce por cada afiliado, sea cotizante o beneficiario (UPC), con el fin de que la IPS les facilite su capital físico y capital humano a las EPS para prestar el servicio de salud a los usuarios. Para el 2018, el UPC tuvo un incremento de 7,83%, es decir que el valor promedio de la UPC para el régimen contributivo es de aproximadamente \$712.383, y para el régimen subsidiado, de \$637.313. El Ministerio de Salud no interviene directamente en los acuerdos entre EPS e IPS en relación con las distintas modalidades de contratación y pago

o en las tarifas que se pacten, salvo en lo dispuesto en el Decreto 780 de 2016. A su vez, una EPS puede contratar con varias IPS la prestación de los servicios a sus afiliados (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017).

**ADRES-EPS:** el ADRES, como ente que administra el dinero público para la salud, recibe la cuota que los usuarios y el Estado pagan a las EPS por la afiliación; esta transacción se realiza por medio de la EPS. Según el Decreto 2265 de 2017, el recaudo de las cotizaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud se hará a través de la cuenta maestra registrada por las EPS (Ministerio de Salud y Protección social, 2017). Por su parte, el ADRES tiene la obligación, mediante los recobros realizados por la EPS, de girarles dinero por concepto de ciertos servicios que requiere un usuario y que no cubre el POS. Sin embargo, estos recobros solo se pueden realizar a partir del valor del UPC.

### *Límites de la plataforma*

Además de conectar a los diferentes agentes del sector salud, la plataforma debe garantizar que los costos de transacción se reduzcan, es decir, que el usuario reciba la atención adecuada y oportuna de las IPS. Por otra parte, la EPS solo puede garantizar el servicio que el POS habilita, a su vez, el aumento de los recobros son aceptados por los entes reguladores siempre y

cuando la EPS tenga un nivel de suficiencia por encima de 100%. Esto se hace con el fin de incentivar a las demás EPS a incrementar el nivel de eficiencia (Ministerios de Comercio, 2011).

## Conclusiones

Con la reforma de 1993 al sistema de salud se abrió paso a que este se considerara como un mercado, lo cual permitió realizar un estudio del mismo a partir del modelo de múltiples lados. De este estudio se deduce que efectivamente el modelo del sistema de salud en Colombia es un modelo de múltiples lados, ya que, por una parte, existen múltiples lados, los cuales se relacionan e interactúan gracias a una plataforma (EPS); por otra parte, hay no neutralidad de precios, debido a que hay diferenciación en las tarifas cobradas a los usuarios, dependiendo del régimen al que este pertenece; a su vez, las EPS deben tener un mínimo de capacidad para realizar diferentes niveles de recobros. Además de esto, en este modelo hay existencia de externalidades de red, por ejemplo si el ADRES no aprueba los recobros sugeridos por  $X$  EPS, esto afectará en primera instancia a los usuarios, quienes no podrán acceder al servicio y también afectará a las IPS que no podrán prestar el servicio; no se debe obviar que también se perjudica la competencia de dicha EPS.

Para finalizar, la competencia en calidad entre las EPS no ha generado incentivos suficientes para garantizar que las ganancias de eficiencia se reflejen en un mayor bienestar de la sociedad, es decir que la diferenciación en calidad solo genera diferentes niveles de utilidad en las EPS sin transmitir esas utilidades al sistema de salud. De otro lado, a pesar de que la integración vertical genere ganancias de eficiencia, dichas ganancias no han sido transmitidas al sector de la salud en Colombia.

## Bibliografía

Congreso de la República de Colombia (1993). *Ley 100 de 1993*. Obtenido de [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/base-doc/ley\\_0100\\_1993.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/base-doc/ley_0100_1993.html)

Ministerio de Salud y Protección Social (2018a). *Plan Obligatorio de Salud*. Obtenido el 20 de mayo de 2018, de <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/pos.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social (2018b). *UPC\_S*. Obtenido el 20 de mayo de 2018, de [https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/UPC\\_s.aspx](https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/UPC_s.aspx)

Ministerio de Salud y Protección Social (2017). *Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES ¿Qué es la ADRES?* Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/COM/abece-adres.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (29 de diciembre de 2017). *Decreto 2265 de 2017*. Obtenido de <https://www.adres.gov.co/Portals/0/ADRES/Normas/DECRETO%202265%20DEL%2029%20DE%20DICIEMBRE%20DE%202017.pdf?ver=2018-01-03-141734-803>

Ministerio de Salud y Protección Social (27 de diciembre de 2017). *Ministerio de Salud y Protección Social*. Obtenido de [minsalud.gov.co](https://www.minsalud.gov.co): <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Estructura-del-incremento-de-la-UPC-para-2018.aspx>

Ministerio de Comercio, I. y T. (2011). *Resolución Número 46111 de 2011*. Obtenido de [http://www.sic.gov.co/recursos\\_user/documentos/normatividad/Publicaciones\\_Despacho\\_3/sicdecisiones2/RESOLUCIONES\\_COMPETENCIA\\_ANOS/2011/RESOLUCION\\_46111\\_DE\\_30\\_DE\\_AGOSTO\\_DE\\_2011\\_SANCION\\_ACEMI.pdf](http://www.sic.gov.co/recursos_user/documentos/normatividad/Publicaciones_Despacho_3/sicdecisiones2/RESOLUCIONES_COMPETENCIA_ANOS/2011/RESOLUCION_46111_DE_30_DE_AGOSTO_DE_2011_SANCION_ACEMI.pdf)

OSPINA VÉLEZ, N. (2010). *EPS, IPS, POS... el glosario de la salud*. Obtenido el 20 de mayo

de 2018, de [http://www.elcolombiano.com/historico/eps\\_ips\\_pos\\_el\\_glosario\\_de\\_la\\_salud-jvec\\_95936](http://www.elcolombiano.com/historico/eps_ips_pos_el_glosario_de_la_salud-jvec_95936)

Revista Semana (2011). *Los carteles de la salud*. Obtenido de <https://www.semana.com/nacion/articulo/los-carteles-salud/239427-3>

ROCHET, J. y TIROLE, J. (2018). *Defining Two*.

Sided Markets Jean-Charles, 2004 (abril), 990-1029.

RUIZ GÓMEZ, F. (2013). *Mercados y sistema de salud en Colombia. Desarrollo regulatorio y senda de ajuste*. Bogotá: FESCOL.

Superintendencia de Industria y Comercio (n.d.). *Competencia en el sector de la salud*.

Universidad Nacional de Colombia (2018). *Conozca cómo funciona el sistema de salud en Colombia*. Obtenido el 20 de mayo de 2018, de <http://unperiodico.unal.edu.co/pages/detail/conozca-como-funciona-el-sistema-de-salud-en-colombia/>