



Integración vertical entre empresas promotoras de salud

E INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD

Ramón Abel Castaño Yepes

Fecha de recepción 15-03-04 • Fecha de aceptación 17-06-04

Resumen

Este ensayo revisa las explicaciones teóricas de la integración vertical entre los eslabones de la cadena de producción, y toma una relevancia particular para el sector salud: la inexistencia de un eslabón de la cadena en un nuevo mercado. En la cadena vertical de los servicios de salud y en presencia de aseguradores que enfrentan restricciones presupuestales severas, el eslabón de coordinación es el que con mayor frecuencia está integrado, básicamente por su ausencia del mercado. Esta hipótesis se plantea con base en la experiencia de Estados Unidos. En el caso colombiano, podrían existir otras explicaciones de la integración vertical entre pagadores y prestadores, pero no todas contribuirían a maximizar la función objetivo del Sistema. La integración con el fin de extraer rentas bajando los costos a expensas de la calidad, es una posible explicación en este sentido. Un nuevo enfoque de mercado basado en el rol de agentes informados, sería una estrategia eficaz para separar los procesos de integración vertical que buscan extraer rentas, de aquellos que realmente contribuyen a maximizar la función objetivo.

Palabras clave: integración vertical, aseguramiento en salud, extracción de rentas, función objetivo, Sistema de salud.

Summary

His essay reviews the theoretical explanations for vertical integration among links in a chain of production, and focuses on one of them that is particularly relevant for the health sector: The absence of a chain's link in a new market. The coordination link is most frequently integrated with the health insurer, when it is absent in the market, and the budget constraint faced by the insurer is very tight. This hypothesis is proposed based on the experience in the United States. Other explanations for vertical integration between insurers and providers would apply for the Colombia case, not all of which contribute to maximize the objective function of the system. Integration processes aimed at extracting rents through reducing costs at the expense of quality, is a possible explanation in this sense. A new market-based approach, grounded on the role of well-informed agents, would be an efficacious strategy to isolate rent-seeking processes of vertical integration from those that truly contribute to maximize the system's objective function.

Key Words: vertical integration, health insurance, rent-seeking, objective function, health care system.





Introducción

Este ensayo aborda el tema de la integración vertical entre aseguradores y prestadores de servicios de salud, desde diferentes perspectivas teóricas. Una de las teorías que más luces ha arrojado sobre el tema ha sido la economía de costos de transacción, pero adicionalmente a ésta, el ensayo revisa otras teorías. De estas explicaciones, la más razonable parece ser que la integración del nivel básico de atención se deba a su ausencia en el mercado. Esto se explica porque el nivel básico no es simplemente un nivel de atención de problemas simples de salud, sino el eje de coordinación de todo el proceso de atención, o al menos el punto de control que determina en buena medida la utilización de recursos en los niveles superiores de complejidad.

El ensayo está constituido por dos capítulos: en el primer capítulo se analizan las teorías más relevantes sobre la integración vertical, con un mayor nivel de detalle en la teoría de costos de transacción, y se hace un análisis de la cadena vertical en salud. En este capítulo se muestra la importancia del eslabón de coordinación, ilustrada con la experiencia de la Health Maintenance Organization (HMO, por su sigla en inglés) en Estados Unidos.

El segundo capítulo analiza las implicaciones para Colombia, poniendo especial énfasis en la integración del nivel básico de atención. También se considera la posibilidad de que las empresas promotoras de salud (EPS) se integren hacia la prestación para extraer rentas, incluso comprometiendo la calidad del servicio de salud, pero se plantea una estrategia diferente a la regulación y a la información al usuario final: la activación de aquellos grupos de interés que financian el Sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) de salud y que tienen interés en que sus trabajadores reciban un mayor beneficio del mismo.

Las conclusiones del ensayo se resumen en un capítulo final.

1. Marco teórico de la integración vertical

Este capítulo consta de dos secciones: la primera revisa las teorías pertinentes sobre integración vertical, y la segunda la experiencia relevante de las HMO en Estados Unidos, como base para plantear la hipótesis de la integración del nivel básico de prestación.

1.1 Generalidades sobre cadena vertical e integración vertical

Se entiende la cadena vertical, o cadena productiva, como la sucesión de procesos y productos intermedios que transforman una materia prima en un producto terminado. Paralelo a esta cadena de producción, se encuentra la cadena de apoyo que consiste en procesos necesarios para que cada eslabón de la cadena pueda desarrollar su proceso central. Estos procesos de apoyo son los de contabilidad, finanzas, mercadeo, gestión de recursos humanos, apoyo jurídico, planeación, suministros, mantenimiento, etc. y se encuentran en todos los eslabones de la cadena de producción. Se dice que hay integración vertical cuando dos eslabones que corresponden a procesos distintos están integrados dentro de una misma empresa.

Se han planteado muchos argumentos para explicar por qué unos procesos se realizan dentro de una misma empresa mientras que otros se compran a proveedores externos o a distribuidores. Ronald Coase, premio Nobel de economía en 1991, planteó en un artículo seminal en 1937 que una empresa era en realidad un cúmulo de contratos, y que la razón de ser de una empresa era reducir los costos asociados a la contratación de unos procesos que resultaba mejor llevar-



los a cabo dentro de la organización. En ese mismo sentido se pronunció Oliver Williamson en 1985 cuando planteó “porqué no puede una gran empresa hacer todo lo que hace un conjunto de pequeñas firmas y más?” (Williamson, 1985).

1.1.1 Contratos en el acto

La situación más extrema de separación entre dos eslabones de una cadena es la que se conoce como “contrato en el acto”¹. En este tipo de contratos la relación entre el que compra y el que vende es totalmente transparente porque no hay asimetrías de información y no hay necesidad de mantener una relación de largo plazo para garantizar el éxito comercial de la misma. La alta estandarización de la transacción obvia la necesidad de un contrato formal. Este tipo de relaciones contractuales no tienen ningún costo, y el precio que se paga por el producto refleja exclusivamente sus costos de producción, incluyendo el de oportunidad del capital.

1.1.2 Contratos incompletos y activos específicos a la relación

Pero la mayoría de las relaciones comerciales no son del tipo contratos en el acto. Siempre existe algo de asimetría de información entre el que compra y el que vende, incertidumbre sobre precios y cantidades demandadas futuras, complejidad en el producto transado y, en general, sería muy arriesgado transar estos bienes o servicios sin una relación formal. Para llenar estos vacíos aparecen las relaciones contractuales formales, que pueden variar desde contratos de corto plazo hasta exclusivos de largo plazo. Sin embargo, estas relaciones también se rigen por contratos incompletos, lo cual implica que no es posible considerar todas las contingencias de la relación en la letra de los mismos. Siempre quedarán vacíos en la letra menuda de los contratos, que pueden dar lugar a dife-

rencias entre las partes que no se podrán resolver yendo a la minuta de los mismos.

De otro lado, si la relación entre dos partes supone hacer inversiones que sólo tienen utilidad dentro de esta relación, habrá una mayor exposición al riesgo de que una de las partes se aproveche de la otra, es decir, que adopte un comportamiento oportunista.

Este tipo de inversiones que sólo tienen utilidad dentro de una relación comercial, se conocen como activos específicos a la relación (AER).

Si la relación comercial se termina, la parte (contratante o contratista) que invirtió en el activo específico pierde la inversión. Entre más bajo sea el valor de salvamento de la inversión o mayor el costo de reconversión para ser usada con otro cliente, será mayor el riesgo y menor la posibilidad de que se invierta en un nivel óptimo para que el producto o servicio sean de buena calidad. Cuando este riesgo es muy alto, es decir, cuando la inversión es muy específica a la relación y representa un costo alto para quien incurre en ella, es más probable que las partes decidan unirse, bien a través de un *joint venture*, o que una de las partes haga la inversión y produzca el proceso dentro, como una unidad funcional dentro de su empresa.

Los activos específicos a la relación pueden ser de cinco tipos: i) Activos específicos físicos, como por ejemplo los moldes para el vaciado de motores que sólo sirven para un cliente. ii) Activos específicos al sitio como, por ejemplo, el montaje de una planta termoeléctrica en la boca de una mina de carbón. iii) Activos específicos humanos como, por ejemplo, el conocimiento especializado en un tipo específico de cliente. iv) Activos

1 *Spot contract* por su equivalente en la literatura anglosajona.



dedicados como, por ejemplo, una considerable ampliación en capacidad instalada para servir a un solo cliente, y que de terminarse la relación sería muy difícil de copar con clientes alternativos. v) Activos específicos en el tiempo que son aquellos que deben estar disponibles tan pronto se ocurra la necesidad y no permiten la posibilidad de buscar alternativas.

En síntesis, cuando en una relación contractual existen activos específicos que representan un riesgo muy alto de que una de las partes se aproveche de la otra, es mejor producir este proceso internamente en vez de contratarlo por fuera.

Por el contrario, cuando no hay activos específicos a la relación y es factible lograr unos términos contractuales aceptablemente seguros, será mucho mejor contratar por fuera este proceso que producirlo internamente.

Entre estas dos alternativas extremas hay muchas otras alternativas que varían de acuerdo con la intensidad del riesgo asociado a los activos específicos a la relación y según la factibilidad de llegar a un contrato completo que defina claramente las obligaciones de las partes.

Pero cada forma de gobernar las transacciones tiene sus propias ventajas y desventajas. La forma más extrema de control es la integración vertical, en la cual la relación entre dos eslabones de la cadena es de tipo jerárquico; en esta forma de gobierno hay un incentivo hacia la menor productividad, innovación y competitividad, pues el eslabón que está integrado se encuentra aislado de las presiones de la competencia que lo forzarían a ser más eficiente y mejorar la calidad de su producto o servicio.

Por su parte, las relaciones contractuales tienen costos en términos de vigilar el cumplimiento del contrato y de observar el producto final.

En resumen, los costos de transacción entre dos partes, se derivan de la presencia de activos específicos a la relación, y la imposibilidad de llegar a un contrato completo. Williamson (1993) argumenta de manera sintética, que dado que las transacciones difieren en sus atributos, y las formas de gobernar las transacciones difieren en sus costos y competencias, tanto éstas como aquéllas se alinean de tal manera que se minimicen los costos de transacción.

Además de este criterio, si la transacción es muy frecuente y hay altos costos de transacción, es más probable que se encuentre integrada. En cambio, si es menos frecuente, en presencia de altos costos de transacción es posible que las partes opten por una forma de gobierno intermedia entre la integración vertical y el contrato.

Pero si se trata de una relación poco frecuente, con alta incertidumbre y asimetría de información, la relación contractual se parecerá más a una relación tripartita con un experto externo que asesora la transacción.

1.1.3 Efectos de reputación

Sin embargo, Holmström y Roberts (1998) sostienen que aún en presencia de activos específicos y de alto riesgo de oportunismo, no necesariamente hay que recurrir a la integración vertical de dos eslabones de la cadena productiva. También es posible que las partes construyan una base de buena reputación, es decir, que en presencia de AER novan a actuar de manera oportunista frente a la otra parte y, de esta manera, podrían evitar los costos inherentes a la integración vertical.

1.1.4 Economías de escala

Pero aún si no hubiera activos específicos a la relación y existiendo la posibilidad de un contrato completo, algunos procesos se realizan internamente y no son llevados a pro-



veedores externos. En este sentido, si un proveedor externo de un proceso dado no logra economías de escala lo suficientemente grandes como para hacer una diferencia frente al costo de producir ese proceso internamente, no se justificaría la separación de ese proceso, aún si hubiera la posibilidad de llegar a un contrato completo y aún si no hubiera activos específicos.

1.1.5 Estadio evolutivo de una industria

Stigler (1951) plantea que en la medida en que los mercados van creciendo se va especializando la cadena vertical. Esto implica que cuando los mercados son muy inmaduros, pequeños, o la industria está naciendo, muchos de los eslabones de la cadena son producidos por la misma empresa.

En cuanto el mercado crece, madura o la industria evoluciona, los procesos que componen la cadena vertical se van constituyendo en nuevos sectores o industrias separadas.

Según esto, es de esperarse que haya mucha mayor integración vertical en mercados geográficos pequeños, pues el tamaño no permite un volumen de operaciones lo suficientemente grande para un productor especializado.

Lo mismo ocurre cuando un mercado geográfico está naciendo, así el producto ya exista, pues el volumen de la demanda es todavía muy pequeño para justificar la existencia de proveedores especializados. Cuando se trata de un producto nuevo, cuyos desarrollos se van dando con su evolución en el mercado, en la medida en que ocurren estos desarrollos van apareciendo productores especializados que van desagregando más y más la cadena vertical.

Estos estadios evolutivos pueden acortarse cuando se llevan a cabo cambios tecnológicos que permiten dar saltos grandes en la maduración de un mercado de producto o

de un mercado geográfico. Por ejemplo, la tecnología informática permitió avances sustanciales en las telecomunicaciones, lo que ha permitido la centralización de procesos en el ámbito mundial en puntos geográficamente tan lejanos como la India (imágenes diagnósticas), con grandes economías de escala y acortamiento de curva de aprendizaje. Otro ejemplo del sector salud es el desarrollo de equipos de análisis de laboratorio que pueden procesar grandes cantidades de muestras diarias, con enormes economías de escala; esto, sumado a desarrollos tecnológicos que permiten preservar las muestras por períodos largos de tiempo hace posible su transporte a grandes distancias, y permite así que el laboratorio clínico sea prácticamente una industria con vida propia y por fuera de los hospitales y centros médicos.

1.1.6 Eslabones estratégicos

En ocasiones se observa que algunos eslabones de la cadena se mantienen dentro de la empresa a pesar de que un proveedor externo podría lograr economías de escala y producir el servicio a menor costo, a pesar de no haber activos específicos a la relación, y a pesar de que sea posible llegar a un contrato completo. Un argumento para mantener estos procesos dentro de la empresa es que dichos procesos son estratégicamente importantes para la empresa. Por ejemplo, en los años ochenta las aerolíneas consideraron que el sistema de reservas lo podían entregar a un proveedor externo porque no era su *core business*. Posteriormente se dieron cuenta de que habían entregado información sobre sus usuarios, que era muy valiosa desde el punto de vista estratégico (Mahnke, 2001).

1.2 Cadena vertical en salud

En la misma lógica de la secuencia de productores que convierten insumos en produc-



tos terminados, la cadena vertical de servicios de salud se puede describir como la secuencia de productores que convierten insumos (medicamentos, material médico-quirúrgico, etc.) en servicios de salud que son prestados a pacientes. En esta sección se aborda la descripción de la cadena vertical, y se revisa el concepto de integración vertical entre aseguradores y prestadores, y con base en la evolución de las HMO en Estados Unidos, se plantea la hipótesis sobre la necesidad de la integración vertical del nivel básico en ausencia del nivel de coordinación.

1.2.1 Cadena vertical, rol del médico y coordinación

La cadena vertical en salud tiene un elemento que es atípico para cualquier otra cadena y es la forma en que el médico actúa como experto que determina la demanda de servicios de salud después del primer contacto iniciado por el paciente. El médico no está estrictamente en un eslabón de la cadena vertical como lo está el ingeniero mecánico en el diseño de nuevos productos, o el jefe de obra en la monitoría del proceso de construcción. Aunque el médico está por fuera del hospital, determina qué hace y qué gasta el mismo. Estos gastos los paga un tercero (el asegurador, el empleador, o el Estado) y alguna parte el paciente en forma de copagos, pero no el médico, o sea que éste no interviene en buena parte de los procesos que conforman un servicio dado.

Esta situación la describe Evans (1981) como una integración vertical incompleta, pues aunque la institución depende del médico para su producción, el médico no hace parte de la institución. Cuando el médico es asalariado por la institución, existe integración vertical completa entre el médico y su empleador. Cuando un médico independiente es autorizado para ingresar pacientes a un hospital o para utilizar sus instalaciones, ocu-

rrer integración vertical incompleta entre médico e institución.

El eslabón de producción de servicios de salud propiamente dichos, es particularmente complejo pues el paciente se alterna entre prestadores de servicios (por ejemplo, entre varios hospitales), especialidades (el diabético que pasa del internista al endocrinólogo, al neurólogo, al oftalmólogo, etc.), o escenarios de atención (el paciente con infarto del miocardio que pasa del hospital agudo al subagudo, a su casa, se apoya con rehabilitación, vuelve al consultorio ambulatorio, etc.), y cambia entre estadios de su ciclo salud-enfermedad (fase aguda, posaguda, rehabilitación). Estas alternaciones ocurren en ambas direcciones y no en forma unidireccional. Puesto que el paciente entra en contacto con múltiples escenarios de atención y disciplinas del conocimiento, se hace necesario que alguien asuma la función de coordinar estos componentes, de tal manera que el producto sea más que la suma de las partes.

Este componente de coordinación es tradicionalmente ignorado por la literatura económica en salud, pues ésta asume con frecuencia la estructura del mercado de prestación de servicios como una variable exógena o incluso con frecuencia es omitida. En la literatura científica de los años ochenta y parte de los noventa en Estados Unidos, ignorar este sesgo de endogeneidad o de variable excluida, permitía llegar a conclusiones espurias sobre la asociación entre competitividad de los mercados y costos de prestación de servicios de salud (Robinson, 1999).

Pero la forma como se organizan los prestadores para responder a las exigencias del mercado y en particular de los terceros pagadores, es un fenómeno completamente endógeno. Y es aquí donde la coordinación interdisciplinaria desempeña un papel clave. Tal como se verá más abajo en la expe-

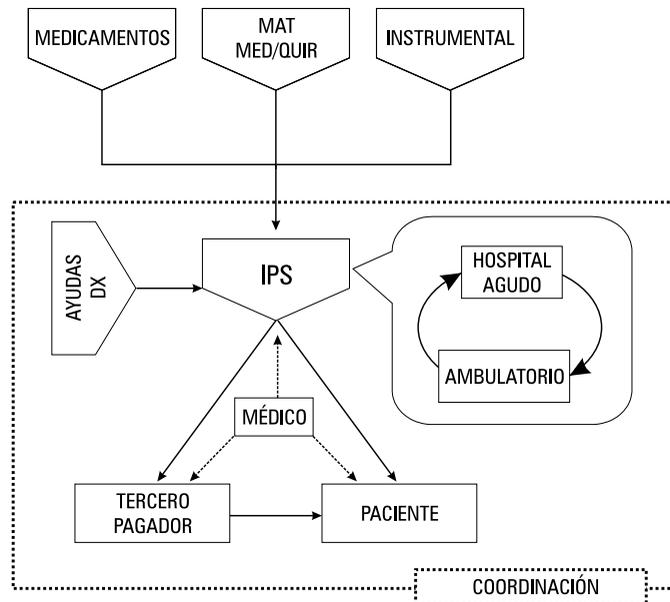


riencia de Estados Unidos, en el modelo de práctica médica individual, basada en el pago por evento, no es posible conectar los diferentes escenarios de atención, diferentes disciplinas del conocimiento, como tampoco diferentes estadios del proceso salud-enfermedad. Esta desconexión genera grandes ineficiencias e incluso mala calidad técnica porque los procesos son tan complejos que las probabilidades de error son muy altas.

En la siguiente sección se demostrará que los desarrollos en las HMO de staff y de grupo, y sus posteriores evoluciones hacia *Independent Practice Association* (IPAs, por su sigla en inglés) hacen pensar que la cadena vertical del sector tiene otro componente: el de la coordinación, que hace posible

que todos los eslabones se interconecten para mejorar la eficiencia y la calidad. La coordinación no es un eslabón propiamente dicho pues no está entre otros dos eslabones de la cadena sino que conecta varios de ellos, lo cual hace aún mucho más compleja la cadena vertical de servicios de salud. Esta coordinación, obviamente debe estar en manos del médico, cuando no de un equipo interdisciplinario, apoyado por un sistema de información que permita mantener un monitoreo permanente de todos los eventos, médicos, instituciones y pacientes, de tal manera que sea posible lograr un resultado mucho mejor que el que se lograría con un sistema descoordinado. El Gráfico 1 muestra esquemáticamente la conformación de la cadena vertical en salud.

GRÁFICO 1
LA CADENA VERTICAL DE PRODUCCIÓN EN SALUD*



* Obsérvese que el médico no está puramente integrado en ningún eslabón, que el eslabón de IPS es una secuencia de escenarios de atención que va de lo hospitalario a lo ambulatorio, y que la función de coordinación cubre a todos los eslabones excepto insumos.

Fuente: Elaboración del autor.

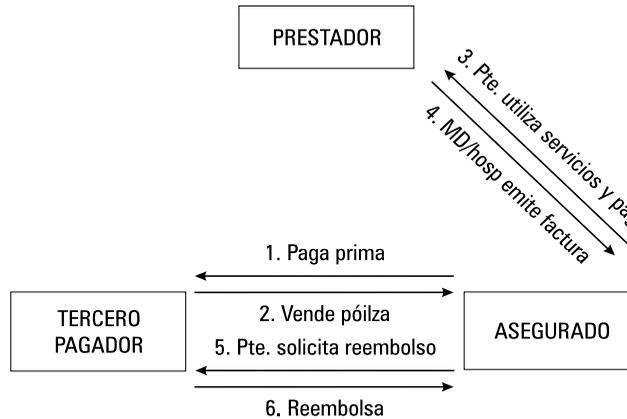


1.2.2 Integración vertical entre aseguramiento y prestación

La integración vertical entre aseguramiento y prestación de servicios de salud se puede analizar observando la evolución de estos dos mercados en Estados Unidos,² y extrayendo de esta observación algunos lineamientos generales que se pueden aplicar a otros sistemas de salud, incluso los de tipo Beveridge.

El tipo de seguro tradicional que existía en Estados Unidos era el de indemnización, en el cual no había relación alguna entre pagador y prestador. El usuario simplemente utilizaba cualquier prestador que estuviera autorizado para prestar servicios y luego el seguro le reembolsaba los gastos incurridos, con algunas limitaciones en términos de deducibles, copagos y topes. El Gráfico 2 ilustra este tipo de seguro.

GRÁFICO 2
ESQUEMA DEL SEGURO DE INDEMNIZACIÓN*



* Obsérvese que no hay relación alguna entre asegurador y prestador.

Fuente: Elaboración del autor.

Esto generó, como era de esperarse, un fenómeno de crecimiento acelerado de los costos de la salud. Como los hospitales y médicos competían de manera directa por pacientes, se empezaron a armar de tecnología y rápidamente absorbieron por esta vía gran cantidad de recursos de la economía, que ya para 1980 rondaban el 9% del producto interno bruto (PIB). Como la mayoría de los seguros de indemnización los pagaban los empleadores, el costo asociado a la inducción de la demanda y al riesgo moral simplemente se transfería a la prima, que era pagada por el patrono. En la

medida en que los incrementos de las primas se aceleraron drásticamente, los empleadores empezaron a reaccionar y a tratar de buscar un seguro más barato o al menos más eficiente. Como la única manera de controlar el crecimiento de las primas era establecer alguna relación entre el asegurador y el prestador que facilitara el control del gasto, aparecieron aseguradores que tenían esta relación estrecha, como se muestra en el Gráfico 3.



2 Esta revisión histórica se basa prioritamente en Robinson (1999).

GRÁFICO 3
ESQUEMA DEL SEGURO PREPAGADO*



* Nótese la relación entre asegurador y prestador.

Fuente: Elaboración del autor.

Este seguro se conoció como seguro prepago. El primer tipo de seguro prepago fue la organización para el mantenimiento de la salud o HMO, producto que ya existía en el mercado desde los años setenta pero no había arrancado con fuerza³. La HMO de los inicios de esta etapa se caracterizaba porque tenía hospitales propios y médicos asalariados, y se le conocía como HMO de *staff*, en la que el control del gasto médico se lograba mediante una integración vertical completa entre aseguramiento y prestación. El otro tipo de HMO era la HMO de grupo, en la que había relaciones de exclusividad entre el aseguramiento y una red prestadora única y cerrada.

La explicación para tener hospitales propios y médicos asalariados era que de otro modo no era posible controlar el gasto médico y no sería posible sacar al mercado un seguro que costara menos que el de indemnización. Pero el control del gasto médico no consistía en poner limitaciones al acto médico, sino en adoptar modelos de atención proactivos, orientados a mantener la población sana y a brindar atención costo-efectiva cuando ocurrieran eventos de enfermedad o trauma.

Estos modelos de atención requerían de una función de coordinación altamente desarrollada, que para entonces sólo era posible de obtener dentro de una red cerrada. Las importantes ganancias en eficiencia que siguieron a este modelo, y que le permitieron a las HMO hacerle competencia al seguro de indemnización con una alternativa más barata, llevaron a que a partir de los años ochenta los empleadores empezaran a interesarse en este tipo de seguros. En consecuencia, las cifras de crecimiento de la afiliación a HMO hacia finales de los ochenta auguraban un promisorio futuro para los noventa.

Sin embargo, el seguro de indemnización reaccionó cuando vio que la HMO le quitaba participación en el mercado, y evolucionó hacia lo que llamarían una *Preferred Provider Organization (PPO)*. Estas empresas eran aseguradoras que se limitaban a hacer convenios con prestadores y médicos para obtener descuentos en los precios, de modo

³ En realidad estos planes eran más antiguos. La primera HMO (importante HMO de Estados Unidos) ampliamente conocida fue Kaiser Permanente, que existía desde los años treinta.





que quien se afiliara a una de estas PPO podía utilizar cualquier proveedor, pero si usaba aquellos con los que la PPO tenía convenios, le salía mucho más barato porque el copago se estimaba sobre la tarifa que el prestador le daba a la PPO. Este tipo de asegurador se ubicaba entre los dos extremos de la HMO (de *staff* o de grupo) y el seguro de indemnización. Por una parte, ofrecía libertad de elección a su afiliado pero, por otra, le daba un incentivo para que usara la red con la que la PPO tenía acordados descuentos en las tarifas. Esta PPO no tenía red propia y su relación con el prestador se limitaba a pagarle las facturas que éste le enviaba, sin ninguna preocupación por la frecuencia o la intensidad en la utilización de recursos. El resultado era un seguro de salud más barato que el de indemnización, pero que no podía ser tan barato como la HMO porque no controlaba estrechamente la red prestadora.

El surgimiento de la PPO a su vez causó una reacción por parte de la HMO de *staff* y de grupo, pues muchos hogares, aunque querían un seguro barato no gustaban de la red cerrada sino que preferían tener libertad de elección. Apareció entonces un nicho de mercado de hogares que no tenían tanta capacidad de pago como para adquirir un plan de tipo PPO, pero estaban dispuestos a pagar un poco más que la HMO de *staff* o grupo con tal de tener un poco más de libertad de elección. Y fue allí cuando las HMO reaccionaron y diseñaron planes de salud con redes más abiertas, compuestas por proveedores agrupados en pequeñas redes de consultorios IPAs o por redes más grandes que incluían grupos de médicos de varias especialidades, consultorios e incluso hospitales. La primera se conoció como HMO tipo IPA, y la segunda como HMO de red. Estas dos nuevas opciones se ubicaban entre la PPO y la HMO de *staff* o de grupo.

co tipos diferentes de planes de salud: en un extremo, el seguro de indemnización con una libertad de elección total pero muy costoso pues no tiene capacidad de controlar el gasto médico. Le sigue el seguro tipo PPO, con total libertad de elección pero con incentivos para utilizar proveedores del convenio, una mejor capacidad de controlar el gasto por la vía de los precios más bajos, pero todavía costoso por la incapacidad de controlar la frecuencia y la intensidad de la utilización por parte del médico. Después viene el seguro de la HMO tipo IPA, que solo reconoce los servicios prestados por los médicos de las IPAs con las que tiene contrato; este tipo de HMO puede controlar mejor las frecuencias y la intensidad de uso, y puede además obtener descuentos en las tarifas. Este seguro es más barato porque es más factible controlar el costo, pero el usuario tiene menos libertad de elegir. Sin embargo, el control del gasto no es muy efectivo porque una IPA es una entidad independiente que tiene contratos con muchos otros pagadores y no es factible que una sola HMO influya mucho en sus patrones de utilización de recursos. Luego le sigue la HMO de red, que es similar pero con una red mucho más restringida y, finalmente, la HMO de grupo y la de *staff*, con el máximo de restricción a la libertad de elección, el control más estricto del gasto médico, pero a la vez el precio más bajo.

Un elemento que facilitó la evolución de la HMO de *staff* o grupo a la de red o IPA, fue la evolución de los médicos y prestadores en términos de una mayor capacidad para controlar el costo y mejorar la calidad de la atención. En un principio, cuando las HMO entraban a mercados vírgenes dominados por el seguro de indemnización, no encontraban una red de prestadores en capacidad de gestionar salud, asumir riesgo y mejorar la calidad, sino un cúmulo de profesionales independientes y hospitales que vivían de las

44

Así las cosas, un esquema simple de aseguramiento terminó evolucionando hacia cin-



Nº 6 JULIO DE 2004

remisiones de estos profesionales. El modelo tradicional se resumía en lo que algunos autores llaman el “modelo hegemónico,” el cual se basa en la alta especialidad, la atención hospitalaria, concentrada en el proceso agudo, y la práctica médica individual. En este contexto era imposible llevar a cabo la función de coordinación mencionada arriba, por lo cual resultaba necesario tener la red propia para crear la función de coordinación a su interior.

A medida que los profesionales fueron reaccionando y entendiendo que se deberían organizar para estar en capacidad de controlar el costo sin desmejorar la calidad, es decir, ejercer la función de coordinación, empezaron a aparecer nuevas organizaciones de médicos que ya estaban en capacidad de responder a esa necesidad de los aseguradores. Fue así como surgieron los grupos médicos, las asociaciones de práctica independiente, las redes de consultorios y las redes verticales⁴.

Este proceso evolutivo de las organizaciones médicas no es de poca monta. El cambio de mentalidad que se necesitó para dar este salto cualitativo supuso abandonar el modelo tradicional de práctica médica, es decir, el modelo hegemónico.

Abandonar este modelo era necesario, porque lo que estaba pidiendo el mercado era una nueva forma de ejercer la profesión que permitiera la coordinación entre profesionales, el seguimiento del paciente entre escenarios de atención y prestadores diversos, y un modelo de atención centrado en el individuo y su entorno, no en el médico ni en el hospital. Este modelo de atención que demandaba el mercado requería de la alineación de todos los recursos a lo largo del proceso salud-enfermedad y no se limitaba a concentrar los esfuerzos en el episodio agudo.

Como resultado del surgimiento de estas nuevas organizaciones médicas, los aseguradores se empiezan a retirar de la prestación de servicios de salud, es decir entran en un proceso de desintegración vertical. Para los aseguradores siempre ha sido claro que aseguramiento y prestación son dos eslabones distintos de la cadena vertical, y que no existen activos específicos a la relación que justifiquen la integración en primera instancia (Robinson, 2001).

Otro fenómeno interesante que también describe James Robinson es el de la integración desde los médicos hacia el aseguramiento. De hecho, el sistema *Blue-Cross/Blue-Shield* fue uno de los primeros avances formales y a gran escala en este sentido, pero eran seguros más bien orientados a garantizar un flujo de recursos hacia los médicos y hospitales, y nacieron en paralelo con el surgimiento de los seguros de indemnización, o sea que compartían muchas de las características del seguro de indemnización, excepto que eran sin ánimo de lucro. Pero eran similares en cuanto a su desconexión con el hospital y el médico.

Posteriormente, con el surgimiento de las HMO y de sus posteriores desarrollos a finales de los ochenta y principios de los noventa, los médicos también incursionaron en esta nueva modalidad de aseguramiento⁵, impulsados además por la resistencia que generó en el cuerpo médico la entrada de empresas de sectores ajenos a la salud que coartaban la autonomía profesional. Pero estas incursiones tuvieron tasas de éxito más bien limitadas, por varias razones: por una parte, el hecho de ser lideradas por médicos estimu-

4 Estos desarrollos no tuvieron lugar en todos los mercados de Estados Unidos, pero fueron en particular intensos en California.

5 En la literatura americana se conocen como *provider-sponsored plans*.



laba la selección adversa pues el mercado natural de los médicos eran sus pacientes, no la población sana que es la que se necesita para dispersar el riesgo de los enfermos.

Por otra parte, los médicos carecían de la disciplina necesaria para mantener sus patrones de gasto dentro de los límites de los ingresos por concepto de primas de sus asegurados. En un contexto de aseguramiento de tipo HMO es necesario desarrollar capacidades de auditoría, control de pares, sistemas de información y coordinación interdisciplinaria. Estos elementos están totalmente ausentes en el modelo hegemónico, y no aparecen de la noche a la mañana con solo conformar una aseguradora, lo que hace muy difícil el control del gasto médico. Un último aspecto que llevó muchas de estas empresas al fracaso fue su escaso conocimiento del negocio del aseguramiento, porque los procesos propios de este eslabón de la cadena no son para nada familiares a un médico: análisis actuarial, gerencia financiera, gestión de riesgos, promoción de la afiliación, actualización y verificación de derechos, etcétera.

Si se retoma el argumento de Stigler es claro que en los primeros estadios del desarrollo de las HMO, los costos de controlar el gasto médico con prestadores independientes hubieran resultado prohibitivos o simplemente hubiera sido imposible lograr dicho control, por lo cual resultaba mejor tener red propia con médicos asalariados. En concordancia con el argumento de Stigler, la evolución del mercado de seguros prepagados estaba en su niñez, por lo cual era de esperarse que hubiera cierto grado de integración, el cual desaparecería una vez se diera la evolución necesaria de los eslabones de la cadena.

46

El mismo Robinson (1999) señala la ausencia de otros argumentos que justifiquen la



Nº 6 JULIO DE 2004

integración vertical del asegurador y el prestador. Desde el punto de vista de costos de transacción, no existen activos específicos a la relación que justifiquen siquiera una relación exclusiva de largo plazo, por lo cual la integración vertical es una estrategia de último recurso ante la incapacidad de controlar el gasto médico por otras vías. Esta aseveración de Robinson se confirma con el fenómeno de desintegración vertical que ocurrió en la segunda mitad de los noventa en importantes HMO, y que se facilitó por la evolución del ejercicio profesional del modelo hegemónico al de práctica de grupo.

A partir de esta experiencia se puede plantear la siguiente hipótesis: ante la presencia de una prima muy baja y en ausencia de un eslabón de coordinación, se hace necesario tener una red cerrada o muy estrechamente controlada; el corolario de esta hipótesis es: si se quiere tener una red amplia con mayor posibilidad de elegir, es necesario cobrar una prima más alta. Lo primero se demuestra con el modelo de HMO, y lo segundo con el de PPO. Un segundo corolario sería: en presencia del eslabón de coordinación, el modelo de HMO puede prescindir de la integración vertical.

2. Implicaciones para Colombia

El debate sobre la integración vertical en Colombia y, en particular, en el régimen contributivo, está a la orden del día. Se han planteado diversas posiciones, casi todas en contra, aunque pocas de ellas reflejan un conocimiento de la teoría y la evidencia empírica disponibles en la literatura científica.

En primer lugar es preciso reconocer que en la mayoría de las EPS del régimen contributivo no existe integración vertical en cuanto la integración bajo una misma empresa de los eslabones de aseguramiento y prestación.

Lo que prevalece es la figura de una empresa *holding* que es propietaria de ambos negocios, pero estos están jurídicamente separados y se relacionan mediante contratos con diversos grados de exclusividad. En este sentido, la figura predominante sería la de HMO de grupo y no de staff. Esta última era la que prevalecía en el Instituto de los Seguros Sociales (ISS), la cual a raíz de su escisión pasó a ser una HMO de red, con una red que por ahora está limitada a sus empresas sociales del Estado (ESEs) pero que en el futuro podrá ser más abierta.

Otro aspecto que se observa típicamente en varias de las EPS más representativas, es su estrecho control del primer nivel de atención, o de puerta de entrada. Es evidente que ante la estrechez de la unidad de pago por capitación (UPC), la ausencia de organizaciones médicas que ejerzan la función de coordinación no permite crear una red de prestación moderadamente abierta, pues resultaría difícil mantener el gasto dentro de los límites de la UPC. En este punto llama la atención el planteamiento de Valenzuela (2002), quien desde una óptica puramente microeconómica y sin un conocimiento detallado del sector, encuentra razonable la integración vertical de la puerta de entrada.

Es claro que las EPS avanzan en su integración hacia la prestación, aunque no directamente sino vía contratación exclusiva con redes pertenecientes a un *holding*. En términos prácticos, las implicaciones estratégicas para los prestadores son iguales, pues ven amenazada su participación en el mercado por EPS que crean su propia oferta y exacerbando el actual exceso de oferta, especialmente en grandes centros urbanos.

Los pros y contras de esta evolución se deben analizar con un criterio más amplio que la sola defensa de los intereses del sector prestador. Aunque esto último es legítimo

desde la perspectiva de los hospitales y clínicas, el análisis del problema debe abordarse en términos de cómo optimizar la función objetivo del sistema, es decir, cómo generar el mayor nivel agregado de salud (mayor expectativa de vida al nacer, menor mortalidad infantil y materna, menor morbilidad y discapacidad) dada la restricción presupuestal de la UPC.

Si las EPS se ven obligadas a crear su propia oferta de puerta de entrada por la inexistencia del eslabón de coordinación, es claro que una integración vertical de este tipo contribuye a maximizar la función objetivo del Sistema. Del mismo modo, si las EPS crean sus propias clínicas argumentando que la oferta existente es altamente ineficiente y costosa, o que los costos de transacción derivados de la "incompletitud de los contratos" resultan muy altos, podría argumentarse que en estos casos la integración vertical de la mediana y alta complejidad contribuiría a optimizar la función objetivo.

Pero en otros casos, la integración no necesariamente lleva a que se maximice la función objetivo del Sistema. Una condición para que dicha función se maximice, es que los mercados tanto de aseguramiento como de prestación funcionen de manera adecuada; pero las grandes imperfecciones de ambos mercados, derivadas de las asimetrías de información, claramente llevan a fallas de mercado que generan pérdidas de bienestar.

En presencia de asimetrías de información el usuario final no está en condiciones de evaluar los atributos técnicos de la calidad, y se limita a evaluar lo que es observable, es decir, los aspectos interpersonales y de comodidades. Estos atributos, aunque pueden correlacionarse con buena calidad técnica, pueden también ocultar elementos que inciden en una mala calidad, tales como restricciones a la autonomía profesional, adopción



de modelos de atención centrados en las barreras de acceso, y descuido por la calidad de los insumos y mano de obra utilizados para producir servicios de salud.

Si para las EPS es posible integrarse a la prestación sin responder por la calidad técnica de los servicios prestados (pues su no observabilidad permite que una mala calidad no los saque del mercado), la integración vertical será una oportunidad para capturar rentas por la vía de bajar los costos sin importar la calidad, manteniendo las diferencias entre el gasto médico y la UPC, en poder del asegurador. Esta situación generaría una pérdida de bienestar que impide optimizar la función objetivo del Sistema.

La dinámica anteriormente descrita obliga entonces a pensar en cómo propiciar una competencia por calidad técnica en el contexto de la seguridad social en Colombia, de modo que se impida la integración vertical que busca capturar rentas y se mantenga aquella que permite reducir la ineficiencia y mejorar la calidad.

Si el usuario final está mal informado, la competencia ante éste se concentra en los atributos de la calidad que son observables para él o ella, lo cual puede ocultar una mala calidad técnica. Entonces la solución sería redireccionar la competencia hacia agentes bien informados quienes pueden asesorar mejor al usuario (Castaño, 2004). Esto no supone crear nuevas agencias ni nuevas regulaciones, sino propiciar la participación activa de instituciones que siempre han sido parte del sistema pero en una posición pasiva: los empleadores. Éstos incluso han manifestado su preocupación por la desinformación del usuario a la hora de tomar decisiones sobre su afiliación; incluso han propuesto que deberían organizarse para apoyar al usuario en la toma de la decisión, mediante el análisis crítico de información

sobre las alternativas disponibles (Villegas, 2003). Esta información incluiría, obviamente, aspectos técnicos de la calidad.

La propuesta de propiciar competencia por calidad a través de otros actores, busca evitar el camino que tradicionalmente se ha seguido en el país para resolver las imperfecciones del mercado: la regulación. En presencia de graves imperfecciones como las del sector salud, es difícil que la regulación corrija los defectos que se originan en dichas fallas, y más bien puede terminar creando mayor confusión de normas; diez años de evolución de la ley 100 muestran con claridad que esto es lo que está sucediendo.

En este punto vale la pena revisar algunos planteamientos esgrimidos en el debate en Colombia sobre la integración vertical. Estos planteamientos ilustran el conocimiento limitado de la economía organizacional y su aplicación al sector salud. Por una parte, la insistencia en la libertad de elección del prestador desconoce la necesidad de la función de coordinación, asume que la única estructura organizacional posible para la prestación es la práctica individual, y desconoce las ganancias en eficiencia y calidad que generarían formas alternativas de organización, tales como la práctica de grupo o las redes integradas de prestación (Robinson, 1999).

Otro argumento que también se esgrime con frecuencia, plantea que cuando un asegurador crea su red propia genera un poder monopólico sobre la oferta. Este argumento desconoce que el usuario aún tiene la libertad de elegir EPS, a través de la cual accedería a la red de su preferencia. El argumento del monopolio sólo es cierto en aquellos mercados donde existe una sola EPS y la integración vertical pudiera dar lugar a la exclusión de los demás prestadores generando así un monopolio sucesivo (Gaynor y Haas-Wilson, 1999).



Un punto del debate que resulta contradictorio es que en presencia de exceso de oferta las EPS estén montando sus propios prestadores; Valenzuela (2002) subraya en sus planteamientos esta contradicción. A diferencia de los planteamientos expuestos por muchos comentaristas, esta situación debe llamar la atención sobre el hecho de que sea posible extraer rentas a costa de la calidad, lo cual incentive la integración. De lo contrario, como lo plantea Valenzuela, no tendría sentido integrarse pues sería mejor para la EPS aprovechar la rivalidad entre los competidores existentes para fortalecer su posición negociadora y obtener condiciones contractuales a su favor, e incluso adoptar un comportamiento oportunista que le permite extraer rentas con facilidad.

Un aspecto que no se ha tenido en cuenta en el debate se refiere a los costos de la integración vertical. Tal como lo plantea Williamson (1993), toda forma de relación (contractual o jerárquica) tiene costos y ventajas. La integración vertical no está exenta de costos: por una parte, el hecho de tener demanda cautiva desincentiva la innovación, la competitividad y la eficiencia, lo que fue demostrado tras casi cincuenta años de integración vertical en el ISS. Por otra parte, la relación jerárquica abre la posibilidad para que las diferentes divisiones entren en un juego político para lograr una mayor parte de la asignación interna del presupuesto, en vez de obtenerlo compitiendo abiertamente en el mercado.

En resumen, el Gráfico 4 muestra las diferentes posibilidades de integración vertical (IV) o de estructuras especializadas para gobernar las relaciones (EGE). En presencia de activos específicos o de contratos incompletos, que suponen costos de transacción altos, es viable buscar estructuras de gobierno especializadas⁶ pues éstas permiten reducir dichos costos en el sen-

tido que lo plantea Williamson (1993). Si el eslabón en cuestión representa una ventaja estratégica, será más probable que esté integrado, o si éste es inexistente en el mercado, el productor entrante tendrá que crearlo por su cuenta mientras el mercado evoluciona.

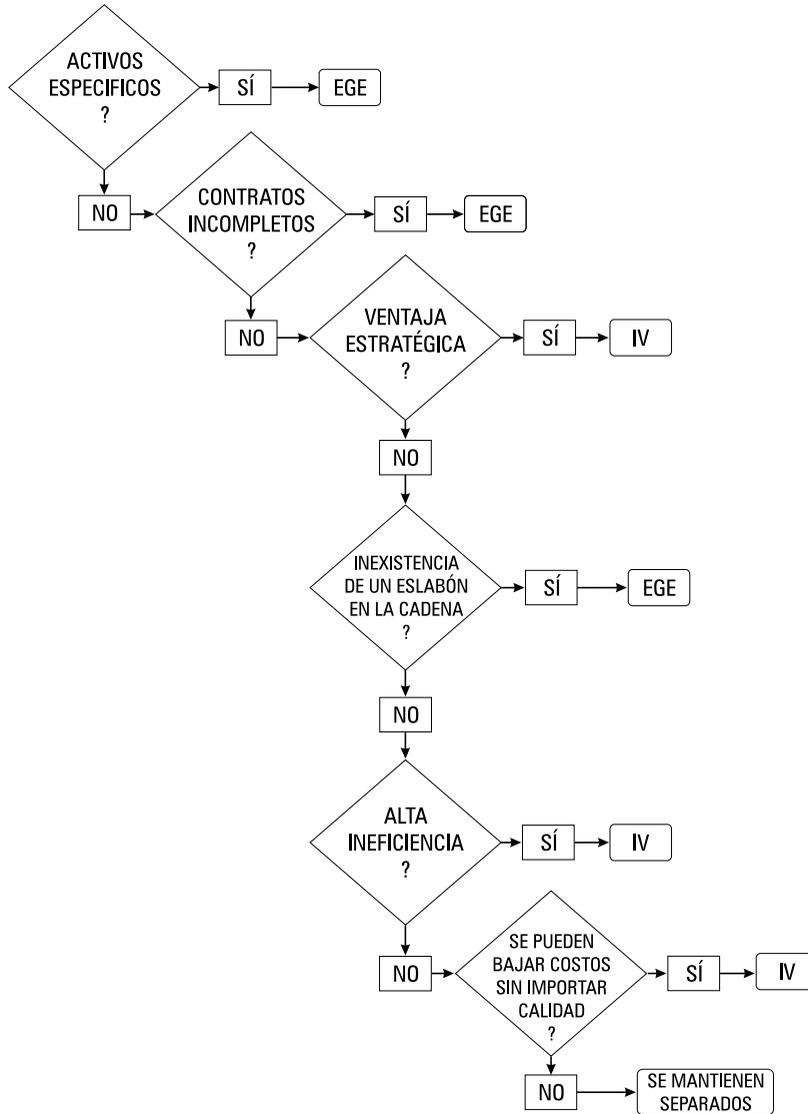
Pero puede ocurrir que existan ineficiencias en el eslabón en cuestión, es decir, o bien hay utilización ineficiente de insumos o se extraen rentas debido a la presencia de altos márgenes de rentabilidad que no son transferidos hacia el consumidor en forma de menores precios. En estos dos casos, la EPS podría integrarse buscando obtener dicha renta, lo cual no contribuye a optimizar la función objetivo sino a transferir la renta hacia otro eslabón de la cadena. Sin embargo, una mejor competencia por calidad técnica haría más difícil retener dicha renta y quien estuviese integrado se vería obligado a transferir la renta hacia el consumidor final. El último caso es aquel en el cual la EPS puede bajar costos sin importar la mala calidad, es decir, aún en presencia de prestadores eficientes y de buena calidad, es posible extraer rentas prestando servicios de mala calidad técnica, no observable para el usuario. En este caso, se genera una pérdida de bienestar aún mayor. Por último, si ninguna de estas alternativas es posible, los dos eslabones de la cadena se mantienen separados.

El desafío consiste en generar mecanismos de competencia más efectivos que los basados en información al usuario, pues dada la asimetría de información (no sólo porque no exista información, sino porque aún existiendo es difícil para éste entenderla), la competencia frente al usuario lleva a ocultar los aspectos relevantes de la calidad técnica (Wagner, 2004).

⁶ En este contexto, *gobierno* se refiere al concepto anglosajón de *governance*, no al de *government*.



GRÁFICO 4
EXPLICACIONES ALTERNATIVAS DE LAS DIFERENTES ESTRUCTURAS DE GOBIERNO*



* IV: integración vertical. EGE: estructuras de gobierno especializadas.

Fuente: Elaboración del autor.



Conclusión

La integración vertical no es en sí misma ni mala ni buena. En la medida en que los mercados son menos imperfectos (es decir, más competitivos), es claro que ésta sólo puede ocurrir cuando contribuye a maximizar la eficiencia y calidad de un sector dado. Pero entre más imperfecto sea un mercado, no es necesariamente cierto que la integración vertical contribuya a maximizar la función objetivo de dicho sector.

La integración de las EPS hacia el nivel básico de atención se explica por su ausencia en el mercado prestador, en cuyo caso este tipo de integración vertical estaría contribuyendo a maximizar la eficiencia y la calidad en la prestación de servicios. Pero también puede ocurrir integración vertical, no sólo en el nivel básico sino también en la mediana y alta complejidad, sin que se contribuya a dicha maximización.

El desafío planteado en este ensayo consiste en cómo hacer los mercados de aseguramiento y prestación de servicios de salud más competitivos, por la vía de agentes informados diferentes al usuario final, para que sólo permanezcan aquellas situaciones de integración vertical en las que se contribuye a maximizar la función objetivo del sistema: maximizar el nivel de salud sujeto a la restricción presupuestal de la UPC; en palabras simples, más salud por el mismo dinero.

Bibliografía

- Castaño, Ramón A. 2004. "Competencia por calidad técnica: el desafío para reorientar el sistema de salud". *Revista ViaSalud*. Número 27.
- Coase, Ronald. 1937. "The nature of the firm". *Economica*. 4:386-405.
- Evans, Robert G. 1981. "Incomplete vertical integration: the distinctive structure of the health care industry". In: *Health, economics and health economics*. Edited by J. van der Gaag and M Perlman. North Holland Publishing Company.
- Gaynor, Martin; Haas-Wilson, Debora. 1999. "Change, consolidation and competition in health care markets". *Journal of Economic Perspectives*. 13(1): 141-64.
- Holmström, Bengt; Roberts, John. 1998. "The boundaries of the firm revisited". *Journal of Economic Perspectives*. 12(4):73-94.
- Mahnke, Volker. 2001. "The process of vertical disintegration: an evolutionary perspective on outsourcing". *Journal of Management and Governance*. 5(3):353-79.
- Robinson, James C. 1999. *The corporate practice of medicine*. University of California Press.
- Robinson, James C. 2001. "Organizational economics and health care markets". *The Milbank Quarterly*. 79(2):149-77.
- Stigler, George J. 1951. "The division of labor is limited by the extent of the market". *Journal of political economy*. 59:185-193.
- Valenzuela, Luis C. 2002. "Especialización de roles o diversificación de negocios. El problema de la integración vertical". Ponencia presentada en el V Congreso colombiano de hospitales y clínicas. Bogotá.
- Villegas, Luis C. 2003. "El empresariado como pilar fundamental del Sistema general de seguridad social". Ponencia presentada en el I Congreso sectorial de la salud. Andi. Bogotá.
- Wagner, Edward H. 2004. "Chronic disease care". *BMI*. 328:178-79.
- Williamson, Oliver. 1985. *The economic institutions of capitalism*. The Free Press. 131.
- Williamson, Oliver. 1993. "The economic analysis of institutions and organizations – In general and with respect to country studies". *Working paper* No. 133. OECD.