

¿EXISTE EN COLOMBIA ALGO MÁS DESBORDADO QUE EL MONOPOLIO?

Edgar Pabón Carvajal*

RESUMEN

¿Qué es un Oligopsonio? Es una situación del mercado, que aparece cuando existen muy pocos compradores y todos son mayoristas. Estos al ser únicos, tienen un control especial sobre el precio de los productos, pues los productores tienen que adaptarse como dé lugar, a las exigencias del comprador en materia de precio y cantidad. Las Empresas Promotoras de Salud en Colombia se comportan exactamente de la misma forma, con un agravante, que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Clínicas y Hospitales en Colombia (que reportan a la Superintendencia Nacional de Salud), sometidas a condiciones financieras injustas y en el proceso de quiebra, se ven abocados a aumentar peligrosamente los Costos de No Calidad en Salud con el consiguiente efecto sobre la población colombiana.

Palabras clave: Empresas Promotoras de Salud, Instituciones Prestadoras de Salud, Oligopsonio.

IS THERE IN COLOMBIA SOMETHING MORE OUT OF CONTROL THAN MONOPOLY?

ABSTRACT

What is an Oligopsony? It is a market situation, which appears when there are few buyers and they are wholesalers. For these to be unique, they have to have a special control over the price of goods, as producers have to adapt in any way possible, to the needs of the purchaser in terms of price and quantity. The Health Promoting Companies in Colombia behave exactly the same way. With an aggravating factor, that the Service Institutions, Health Clinics and Hospitals in Colombia (reporting to the Superintendent of National Health), are subjected to unfair financial burdens and in the process of bankruptcy, are forced to dangerously increase costs but decreasing health quality, with the consequent effect on the Colombian population.

Key words: Health Promoting Companies, Health Care Institutions, Oligopsony.

* MD. Especialista en Cirugía General, Pontificia Universidad Javeriana.

Sí por supuesto, en el sector salud existe el Oligopsonio, en efecto, muchísimo peor que el Monopolio. Los Oligopsonios más conocidos son verdaderos gigantes corporativos, como Walmart en USA y el Éxito en Colombia.

¿Qué es un Oligopsonio (1)? Es una situación del mercado, que aparece cuando existen muy pocos compradores y todos son mayoristas. Estos al ser únicos, tienen un control especial sobre el precio de los productos, pues los productores tienen que adaptarse como dé lugar, a las exigencias del comprador en materia de precio y cantidad.

Paradójicamente, las grandes cadenas comerciales (2) aparentemente se escapan a la definición de Monopolio, porque en este caso elevarían los precios de las mercancías a su antojo. Al contrario, las grandes superficies se enorgullecen de sus bajos precios.

Mientras crecen estos Oligopsonios (3,4), su extraordinaria capacidad de presionar a sus proveedores, les permite hacer uso extensivo del Dumping - comprar a precios por debajo de los costos reales. De esta manera ellos aumentan su participación en el mercado, llevando a la quiebra a unos proveedores y dejando a otros a su entera merced.

Las EPS - Empresas Promotoras de Salud en Colombia se comportan exactamente de la misma forma (14 EPS poseen más del 87% de los afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud), con un agravante, que las IPS - Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Clínicas y Hospitales en Colombia (5.010 IPS reportan a la Superintendencia Nacional de Salud), sometidos a condiciones financieras injustas y en el proceso de quiebra, se ven abocados a aumentar peligrosamente los **Costos de No Calidad en Salud** con el consecuente efecto sobre la atención a la salud de la población colombiana.

¿Qué son los costos de NO Calidad en Salud (5)?

Son los costos por fallas inherentes a la prestación de los Servicios de Salud.

Las fallas técnicas como la mala praxis y los eventos adversos (6) (el mayor problema con crecimiento exponencial del sector hospitalario a nivel mundial en los últimos 25 años) alcanzan en promedio el 6% de todas las intervenciones en Salud. A los pacientes, generalmente, se les realiza más de tres intervenciones durante su hospitalización, hecho que multiplica los eventos relacionados con el aumento de los costos del servicio. A estos se suman: los sobrecostos por la falta de oportunidad en la atención en salud, los reprocesos, la falta de la disponibilidad de insumos y medicamentos, los costos laborales, sociales y jurídicos no esperados y la mala imagen empresarial, que amplifican el volumen y los efectos de los Costos de No Calidad (7). En los hospitales de alta complejidad de los países desarrollados (8), los Costos de No Calidad alcanzan en promedio hasta el 25% de los costos totales del proceso de atención a los usuarios.

El Acuerdo N° 030 (9) de la CRES – Comisión de Regulación En Salud, definió un aumento de la UPC-C (Unidad de Pago por Capitación - del Contributivo) a las EPS para el año 2012, en un valor adicional con ajuste por inflación del 9,4% en las ciudades capitales, más otra prima del 6% a la Nueva EPS por concentración de riesgo etario en todo el país. Esta EPS con el segundo mayor número de afiliados en Colombia, condicionó la continuación de los contratos (10) con las IPS, si ellas aceptaban un máximo del 2,5% de aumento a las tarifas del contrato del año anterior, muy por debajo del aumento del IPC (Índice de Precios al Consumidor) del sector salud, evidenciando el abuso de su posición dominante en el mercado de

la salud. Vemos aquí una situación de desequilibrio muy grave, donde los organismos de control no ejercen ninguna autoridad.

El Oligopsonio de las EPS, además de utilizar el Dumping con el único objetivo de lograr utilidades quebrando los precios como compradores de servicios de salud, usan una herramienta igualmente leonina y contraria a la normatividad vigente - la coartación de la libre escogencia del Usuario. Esta práctica consiste en que los pacientes, que requieren atención en un mayor nivel de complejidad, después de ser atendidos por su médico especialista, son indebidamente direccionados por las EPS a otras Clínicas y Hospitales no solicitadas por el Usuario. En consecuencia, los pacientes son remitidos a aquellas clínicas que han aceptado las condiciones de contratación de las EPS que abusan de su posición dominante. Inclusive, en detrimento de los Hospitales y Clínicas de la propia red de prestación de Servicios de Salud de la misma EPS. En pocos casos, tan exóticos como extremos, pacientes acorralados han logrado a través de la Tutela (11), garantizar su derecho a la libre escogencia, a pesar de las manipulaciones contractuales de las EPS. Por sentencia judicial estas Aseguradoras tuvieron que autorizar la atención médica de estos pacientes en la IPS de confianza, escogida por el usuario.

No siendo suficiente las manipulaciones anteriormente descritas, las EPS establecieron un sistema de negociación oligopsónico, que obliga a las Clínicas y Hospitales financiar con sus propios recursos la prestación de Servicios de Salud a los afiliados de estos gigantes intermediarios del Sistema de Seguridad Social en Salud. Los Hospitales y Clínicas obligados a vender sus servicios a crédito, quedaron convertidos en entidades crediticias sin idoneidad ni capacidad financiera, sin ninguna posibilidad que les reconozcan intereses moratorios; mientras que las EPS reciben mensualmente los

aportes en dinero contante y sonante de sus afiliados, a quienes suspenden el servicio tan pronto entran en mora. En cambio, a las IPS - auténticos proveedores de los Servicios de Salud, pagan sus obligaciones a regañadientes en la mayoría de los casos entre seis meses y dos años (12), en algunas honrosas excepciones en menos de 90 días y nunca reconociendo el total de sus deudas (14,4 billones de pesos reportados al 30 de Junio 2013 por las IPS a la Supersalud) (13). A esta verdadera bomba para acabar con Hospitales y Clínicas, hay que sumarle el mayor factor desestabilizador - la Glosa (14) (cientos de causales diferentes de objeción de las facturas de servicios de salud), que no es otra cosa que la inversión impuesta a la carga de la prueba, sin considerar que los servicios fueron efectivamente prestados. Además, sin tener la posibilidad de recibir un pago para cubrir siquiera el 80% de los gastos y costos realmente consumidos por los pacientes que ya fueron egresados. Adicionalmente, las Clínicas y Hospitales quedan con la obligación moral y legal irrenunciable de atender las urgencias de los afiliados a estas EPS, aunque no exista ningún contrato vigente!

Por el contrario un Banco, como empresa de servicios financieros, no otorga un crédito sin garantías reales que superen el 100% del capital, aplicando y cobrando interés corrientes, sin condonar un solo día de intereses de mora y en caso de insolvencia, el embargo de todos los bienes posibles hasta la recuperación de su dinero más las costas.

Como ejemplo hipotético, analicemos el caso de una empresa de servicios - una Agencia de Viajes -, que tenga que vender todos sus pasajes a crédito, sin garantías de pago, sin aplicar intereses moratorios, las tarifas previamente acordadas son objetadas por los usuarios y sin pagarlas antes de 6 meses y nunca en su totalidad? ¡Ahh! Y en caso de urgencia de un pasajero por calamidad familiar,

habría que llevarlo prioritariamente a su destino, aún sin la expedición y compra de pasaje alguno y sin importar que sea al Japón o a Australia ¿Cuál sería el futuro de esa Agencia de Viajes?

Entonces, ¿dónde quedó la proclamada Competencia Regulada (15) en el Sector Salud Colombiano?

En Colombia, el Sistema General de Seguridad Social en Salud aprobado en la Ley 100 de 1993, implementó un modelo (16) de competencia regulada basado en el aseguramiento universal de la población y el fomento de la competencia en los mercados de aseguramiento y provisión de servicios, buscando mejorar la accesibilidad y la calidad en Salud. La verdad, es que la tal llamada Competencia Regulada (17) - ni es libre competencia ni nunca ha sido regulada! La implementada "competencia" en los mercados de Aseguramiento y en la provisión de Servicios de Salud, prácticamente no ha tenido ningún impacto positivo sobre la calidad de la atención recibida por los ciudadanos (18). ¡Todo lo contrario! Como se puede concluir, los Oligopsonios de la EPS en muchos casos, con la guerra de tarifas han escogido y posicionado las clínicas de garaje y han atentado contra la salud de los colombianos, aumentando peligrosamente los Costos de No Calidad en la prestación de los Servicios de Salud. Como consecuencia, la gran mayoría de Clínicas y Hospitales, víctimas del Dumping, se han visto obligadas a aceptar la contratación de Servicios de Salud por debajo de sus costos reales. Entretanto las EPS muestran orgullosamente al Ministerio de Salud sus bajos precios de compra de Servicios de Salud, a costa del deterioro de las IPS - verdaderos productores y generadores de valor agregado, empleo y bienestar a la población (19). Los avances en el Sistema de Salud en Colombia se han producido primordialmente a expensas del aumento en la cantidad y no de la calidad de la atención de los asegurados por las EPS. Sin embargo, los evidentes logros en

Calidad de las IPS en Colombia se han presentado, fundamentalmente, gracias al Sistema de Garantía de Calidad, implementado por el Ministerio de Salud.

¿Cómo evitar este incentivo perverso?

La respuesta parece sencilla - garantizar la libre escogencia del Usuario, derecho consignado en la Ley 100 y en todos los decretos reglamentarios sobre la materia. En realidad, el Oligopsonio tiene un poder de manipulación ilimitado, haciendo imposible en la práctica, que un paciente logre superar esa asimetría, especialmente por el desconocimiento natural del Usuario, como consumidor en un tema tan complejo como el de la Salud.

¿Existe alguna esperanza de solución? El camino actual es a través de la Reforma a la Salud que se tramitará en el Congreso (20) en la próxima legislatura. El objetivo fundamental es lograr que la competencia en Salud sea por servicios de calidad y no por los precios de clínicas de garaje. ***Contrario a lo que se piensa, estandarizar los precios, bajaría ostensiblemente los Costos de No Calidad en Salud, ahorrando billones de pesos al Sistema de Seguridad Social Colombiano.***

El primer paso - paradójicamente, es pasar del Oligopsonio al Monopsonio (21). Sí, así es, con la conformación de un solo comprador de Servicios de Salud, que le interese ahorrar Costos de No Calidad y mejorar los resultados de salud de la población. Esto tiene que ser el objetivo principal de Salud-Mía (Administrador único de los recursos del Sistema de Salud - Proyecto Reforma ya archivado).

Para ello, el segundo paso - concretar un Tarifario Único, basado en costos eficientes y razonables (preferiblemente definido en Paquetes Integrales de Atención), incluyendo un margen mínimo de utilidad para garantizar la renovación tecnológica

fundamental en el Sector Salud. El Piso Tarifario (22) ha sido un sueño de las Clínicas y Hospitales de Colombia, consagrado en varias Leyes que no han sido desarrolladas por el Ministerio de Salud. En el mercado imperfecto del Sistema de Salud que existe actualmente, este Tarifario se convertiría en la herramienta más efectiva para contrarrestar el Oligopsonio de las EPS. En el nuevo escenario dejaría de existir el incentivo perverso para enviar a los pacientes a clínicas de garaje, teniendo en cuenta que el Pagador Único tendría sólo el interés de evitar Costos de No Calidad y no incurriría en direccionamientos indebidos a IPS de bajos niveles de calidad. Tampoco habría ninguna justificación para pagarle más a una clínica que a otra por la misma intervención.

Como tercer paso - el Usuario en estas circunstancias, haría uso del derecho a la libre elección y escogería las clínicas u hospitales que mejor calidad le ofrezcan.

Con el propósito de rescatar el funcionamiento del Sector Hospitalario y su Calidad, no se puede olvidar en la Reforma a la Salud acabar con la "Cultura de No Pago", reglamentando la sanción irrenunciable por Mora en el cumplimiento de las obligaciones de las EPS, tal como sucede con los servicios públicos domiciliarios, el comercio y el sector financiero.

Un logro destacable de la Reforma a la Salud sería el fortalecimiento de Calidad de las IPS, creando las condiciones para el pleno desarrollo de los Hospitales Universitarios, cuyo mayor valor agregado actualmente es el conocimiento de sus especialistas. Se obtendría un verdadero enfoque del Despliegue de la Calidad de acuerdo con las expectativas de los Usuarios. Estos Centros Docentes tendrán la oportunidad para dedicarse a la evaluación de la adherencia a las Guías de Práctica

Clínica y sobretodo a la Implementación de las Vías Clínicas (23), que incluyen los protocolos de todo el proceso de atención a los pacientes, garantizando la oportunidad, la integralidad y la calidad de todas las intervenciones en Salud. Tan importantes cambios convertirían a los Hospitales Universitarios en Instituciones con múltiples Centros de Excelencia (24), en verdaderos generadores y transmisores de conocimiento, pilares de la medicina del siglo XXI y de las nuevas generaciones de médicos especialistas.

REFERENCIAS

1. Herrera Saavedra J. P. Diciembre de 2008. Una Breve aproximación teórica a Modelos de Monopsonio y Oligopsonio. Departamento de Economía Pontificia Universidad Javeriana.
2. Devadoss, S., and W. Song. 2006. "Oligopsony Distortions and Welfare Implications of Trade," *Review of International Economics*, 14(3), 452–465.
3. Just, R., and W. Chern. 1980. "Technology and Oligopsony," *The Bell Journal of Economics*, 11(2), 584–602.
4. Link, C., and J. Landon. 1975. "Monopsony and Union Power in the Market for Nurses," *Southern Economic Journal*, 41(4), 649–659.
5. Vivas Consuelo, D. 2010. *Guía para metodología de cálculo de costos de calidad y no calidad*. Universidad CES. Ministerio de la Protección Social.
6. Dimick, J.B.; Weeks, W.B.; Karia, R. J.; Das, S.; Campbell, D.A. "¿Who pays for poor surgical quality?" *Building a business case for quality improvement. Journal of American college of surgeons*. 2006, vol. 202, nº6, 933-37.
7. Saillour-Glenisson, F; Preaubert, N. 2004. *Cost of quality and non-quality in care provided by healthcare organisations: current situation and proposals*. Paris: Haute Autorite de Sante (French National Authority for Health) (HAS).
8. Øvretveit, J and Tolf, S 2009. *The costs of poor quality and adverse events in health care - A review of research for the Swedish healthcare compensation insurance company* (Landstingens Omsesidiga Forsakringsbolag (LoF)), The Medical Management Centre, The Karolinska Institutet, Stockholm.
9. Acuerdo N° 030 de la Comisión de Regulación en Salud (CRES). 28/12/2011. Por el cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación del Plan Obligatorio de Salud para los Regímenes Contributivo y Subsidiado. Minsalud.gov.co

10. Pérez Cáceres, M.; Velásquez Arango, A. 2008. *Modelos de Contratación en Sistema de Salud en el Marco de la Relación entre Prestadores y Aseguradoras*. bidigital.ces.edu.co Universidad CES.
11. Sentencia T-603/10. DERECHO A LA LIBRE ESCOGENCIA DE IPS POR PARTE DEL USUARIO-EPS cambió de manera injustificada IPS que prestaba tratamiento.
12. Jimenez Morales, G. 27/09/2013. *Cartera de IPS desnuda la Crisis Financiera de la Salud*. El Colombiano.
13. Superintendencia Nacional de Salud. 2013. Supersalud.gov.co Estadísticas. IPS. Cartera Nacional a 30 de Junio 2013. Informe de Cartera por Venta de Servicios de Salud.
14. Arana Moreno, G. 2011. *Como mejorar las competencias administrativas de los profesionales de salud. Estimación del impacto financiero de las glosas*. ICESI bibliotecadigital.icesi.edu.co
15. Pinto Masís, D. M. 2002. *La competencia regulada y la calidad de la atención desde la perspectiva del usuario. Evidencia del sistema de salud colombiano*. Harvard School of Public Health.
16. Enthoven, A.C. 1998. Managed competition of alternative delivery systems. *J Health Politics, Pol and Law* 13(2): 305-321.
17. Light, D.W. 2001. Comparative institutional response to economic policy: managed competition and governmentality. *Soc Sci Med* 52(8):1151-1166.
18. Cendex. 1999a *Entorno, aseguramiento y acceso en el régimen subsidiado. Seis estudios de caso*. Santafé de Bogotá: Fundación Corona.
19. Gross, R., B. Rosen, y A. Shirom. 2001. Reforming the Israeli health system: findings of a 3 - year evaluation. *Health Policy* 56:1-20.
20. Ministerio de Salud. 2013. minsalud.gov.co/salud/Documents. Proyecto de Ley 210/2013 aprobado plenaria Senado y trasladado a Comisión VII de la Cámara de Representantes.
21. Wikipedia. 2011. *Monopsony: A single-payer universal health care system, in which the government is the only... consumer; alternative terms are oligopsony or monopsonistic competition*.
22. Pettinger, T. 2011. How does oligopsony work in the UK supermarket industry? The Regulation would guarantee a minimum price paid. Economicshelp.org
23. García Caballero J, Díez Sebastián J. 2009. Vías Clínicas. Clinical Pathways. Hospital Universitario La Paz. Madrid.
24. Castillo V. 2011. Centros de Excelencia y la Relación Docencia Servicio. Mineducacion.gov.co.

Recibido: Agosto 15, 2014

Aprobado: Septiembre 4, 2014

Correspondencia: Edgar Pabón
edgarpabonc@gmail.com