



Estudio sobre las Condiciones de Competencia en el Sistema Nacional de Entidades Prestadoras de Servicios de Salud (EPS) en Perú

CÓDIGO DE ACTIVIDAD: P.1.1.

Junio 2005.



compal



PROGRAMA COMPAL
Proyecto para Perú
Informe Final

**Estudio sobre las Condiciones de Competencia en el Sistema
Nacional de Entidades Prestadoras de Servicios de Salud (EPS)**

CÓDIGO DE ACTIVIDAD: P.1.1

Abel Rodríguez González
Consultor Nacional
Junio de 2005

Resumen Ejecutivo

Parte I Descripción del Mercado

Las EPS constituyen un mercado fuertemente regulado en el que existen dos productos: el seguro regular y el seguro complementario de trabajo de riesgo. Después de la última fusión ocurrida en el 2004, el mercado de EPS se ha convertido en un duopolio en el que sólo quedan Rimac EPS y Pacífico EPS. El mercado está muy concentrado; además cada EPS es líder destacado en un producto: Rimac en SCTR y Pacífico en el seguro regular. El producto más importante (87% del volumen del mercado) es el seguro regular. Su demanda tiene un doble componente, primero institucional y después individual. Aunque no existen sustitutos formales para el seguro regular, en algunos segmentos de demanda afronta la competencia del autoseguro y de la medicina prepagada. Estos sustitutos constituyen un límite al poder de mercado que las EPS pueden ejercer. A pesar del elevado grado de concentración, la rentabilidad de las empresas no ha sido elevada tradicionalmente.

Parte II Evaluación de la Colusión

En mercados muy concentrados, como es el de las EPS, existe el riesgo de que al haber pocos competidores se observen prácticas colusorias. Por este motivo la colusión es la principal preocupación de la autoridad peruana de competencia. Para reunir evidencia sobre la existencia de colusión se analizó la relación entre la variabilidad en los precios de las ofertas y las cuotas de mercado. Debido a que son los trabajadores mediante votación quienes deciden qué EPS ganará el concurso en cada entidad empleadora, si las EPS coludieran la EPS designada como ganadora en ese concurso, presentará una oferta con un precio superior al de competencia. La EPS designada como perdedora presentará una "oferta de cortesía" con un precio muy superior, de forma que no sea elegida por los trabajadores. Las EPS alternarán en su condición de ganadoras o perdedoras para que ambas puedan beneficiarse. Esta alternancia tendrá un reflejo en la evolución de las cuotas de mercado de las EPS. Las ofertas de cortesía incrementan la variabilidad en los precios y son un síntoma de

NO DEBE SER UTILIZADO DE REFERENCIA

colusión en este mercado, particularmente si se encuentra relación entre el nivel de variabilidad y los niveles de las cuotas de mercado.

Parte III Conclusiones

El análisis de colusión efectuado con datos reales no ha detectado pruebas inequívocas de colusión entre las EPS, pero sí se han encontrado concursos en los que los precios que las EPS ofertan son anormalmente distintos. La explicación propuesta para este fenómeno es que si los concursos con precios anormalmente distintos, con gran variabilidad, corresponden a entidades empleadoras con experiencia previa en el sistema, las EPS pueden calcular el precio con la información histórica del riesgo de la entidad empleadora. Se observarían precios anormales porque algunas entidades tienen riesgos anormales. Si las entidades empleadoras son nuevas en el sistema los precios serían calculados con fórmulas estandarizadas y no se observarían precios con mucha variabilidad. Lamentablemente no existe información sobre la experiencia previa en el sistema de las entidades empleadoras y no se puede validar esta explicación. No obstante al no haberse encontrado evidencia de relación entre la variabilidad y las cuotas de mercado, es difícil concluir que existe evidencia de colusión en este mercado.

Executive Summary

Part I Market Description

The market for private health insurance providers (in Spanish EPS) is subject to strong regulations. EPS sell two products: regular health insurance and complementary risk-job insurance. In 2004, two EPS merged and there are currently only two firms in the market: Pacifico EPS and Rimac EPS. EPS market shows a high degree of concentration; Pacifico EPS leads the regular health insurance market and Rimac EPS leads the complementary risk-jobs insurance market. Regular health insurance market accounts for 87% of the total market. Demand for this product has two stages: institutional and personal. Individual workers can buy regular health insurance only if the firm they work for has bought it first. There are no direct substitutes for this product, but there are some indirect substitutes that limit the market power EPS can exert. In spite of being a highly concentrated market, financial performance of the EPS companies has been low.

Part II Collusion Assessment

The EPS market is a highly concentrated one. Risk of collusion is high whenever the degree of concentration is high. For that reason the Peruvian competition authority was concerned about the EPS market. To find out if collusion is occurring in this market, relationship between price variability and market shares was analyzed. Because EPS are chosen in elections by the employees, if EPS wanted to collude there will be some contests in which one of the two EPS would have to present a courtesy bid (too high to be accepted by the employees) intended to facilitate the victory in the election of the second EPS, which is presenting a price above competitive levels. This bidding scheme is reversed in other contests (in which the former winner would present a courtesy bid) to allow both EPS profiting from collusion. Courtesy bidding will make price variability higher, while reciprocity among EPS courtesy bidding will have an impact in market shares. A relationship among variability and market shares would indicate presence of collusion in the market.

Part III Conclusions

The analysis of bids failed to find hard evidence of collusion. However there are some contests in which prices show higher variability. There is an explanation for this fact. High variability contests may be the ones that took place in companies or organizations with previous experience in the EPS market. For them price variability is high because actual risk variability among organizations (known due to experience) is high. Low variability contests would be those for new companies and organizations entering the EPS market for the first time. Lack of previous data on their risk would call for risk estimations using standardized formulae. Estimations will lead to low price variability. Unfortunately there is no way to know which contests correspond to organizations new to the system and which to organizations previously present in the EPS system. However lack of correlation between variability and market shares indicates lack of evidence of collusion.

Índice

Resumen Ejecutivo	2
<i>Executive Summary</i>	4
Listado de Tablas	7
Listado de Gráficos	8
Glosario	9
Abreviaturas	11
Introducción	12
<i>Introduction</i>	14
Capítulo I Descripción del Sector Económico de las EPS	16
1.1 Resumen del Capítulo I	16
1.2 El Régimen Contributivo de la Seguridad Social	16
1.2.1 Características legales del seguro regular	17
1.2.2 Características legales del seguro potestativo	20
1.2.3 Características legales del seguro complementario trabajo de riesgo	21
1.3 Descripción de los Productos o Servicios Ofrecidos por las EPS	23
1.3.1 La economía del seguro regular	23
1.3.2 El proceso de elección de la EPS para captar afiliados	24
1.3.3 Flujos financieros y reales del seguro regular	25
1.3.4 Productos alternativos al seguro regular	26
1.3.5 Otros productos ofrecidos por las EPS	28
1.4 Características de la Oferta de los Productos o Servicios	31
1.4.1 La organización industrial del mercado de las EPS	32
1.5 Características de los Sistemas de Distribución y Comercialización	37
Capítulo II Determinación del Mercado Relevante	40
2.1 Resumen del Capítulo II	40
2.2 Segmentación en el Mercado de las EPS	40
Capítulo III Medición de las Cuotas de Mercado	44
3.1 Resumen del Capítulo III	44
3.2 Datos de la Evolución del Sector	44
3.2.1 Proveedores en el sistema de EPS	44
3.2.2 Asegurados en el sistema	45
3.2.3 Aportes de los asegurados	48
3.2.4 Aporte promedio mensual de los asegurados	50
3.2.5 Gasto en prestaciones del sistema	52
3.2.6 Siniestralidad sobre los aportes	54
3.2.7 Rentabilidad	55
3.3 Análisis de Concentración del Mercado	57
3.3.1 Índice IHH	58
3.3.2 Índice ID	58
3.4 Análisis de Barreras a la Entrada	59
3.4.1 Barreras legales	59
3.4.2 Barreras estructurales	59
3.4.3 Barreras estratégicas	61
Capítulo IV Análisis de Conductas Empresariales Potencialmente Restrictivas de la Libre Competencia	62
4.1 Resumen del Capítulo IV	62
4.2 Análisis del Poder de Mercado de las EPS	63
4.3 Riesgo de Colusión en el Mercado de las EPS	64
4.4 Modelos de Colusión en el Mercado de las EPS	65
4.5 Relación entre Variabilidad y Colusión: revisión de la Literatura	67
4.6 Relación entre Variabilidad y Colusión: el Caso Particular de las EPS en Perú	69
4.7 Resultados Empíricos con las Ofertas de las EPS	70
4.7.1 Relación entre variabilidad y cuota de mercado	71
4.7.2 Relación entre concursos con alta variabilidad y baja variabilidad	71
Capítulo V Estimación del Daño de las Conductas Empresariales Potencialmente Restrictivas de la Libre Competencia	74
Capítulo VI Recomendaciones de Política Económica	74
Conclusiones	75

Documento de trabajo para fines de discusión. Agradecemos comentarios.

NO DEBE SER UTILIZADO DE REFERENCIA

<i>Conclusions</i>	78
Bibliografía.....	80
Anexo: Entrevistas mantenidas con profesionales del sector.....	82

Listado de Tablas

Tabla 1 Empresas y Entidades Vinculadas al Sistema de EPS	33
Tabla 2 Proveedores de Salud y EPS Vinculadas	34
Tabla 3 Distribución Geográfica de los Proveedores de Salud y EPS Vinculadas.....	35
Tabla 4 Distribución Geográfica de los Consultorios Médico y Clínicas.....	36
Tabla 5 Tipos de Demanda	40
Tabla 6 Concentración en la Demanda Institucional de Seguro Regular	41
Tabla 7 Concentración en la Demanda Institucional de SCTR.....	42
Tabla 8 Siniestralidad del Sistema (por Producto).....	54
Tabla 9 Siniestralidad del Sistema (por EPS)	55
Tabla 10 Siniestralidad del Seguro Regular (por EPS).....	55
Tabla 11 Siniestralidad del SCTR (por EPS)	55
Tabla 12 Evolución Cuotas de Mercado, HHI y ID (Seguro Regular y SCTR)	58
Tabla 13 Presencia de Factores de Riesgo de Colusión en el Mercado Peruano de EPS	64

Listado de Gráficos

Gráfico 1 Proceso de Contratación del Seguro Regular	25
Gráfico 2 Flujos Financieros y Reales en el Seguro Regular	26
Gráfico 3 Flujos Financieros y Reales en el Autoseguro	27
Gráfico 4 Flujos Financieros y Reales en Medicina Prepagada	28
Gráfico 5 Flujos Financieros y Reales en el SCTR	29
Gráfico 6 Flujos Financieros y Reales en el Seguro Potestativo	30
Gráfico 7 La Organización Industrial del Seguro Regular de las EPS	32
Gráfico 8 Asegurados en el Sistema de EPS	41
Gráfico 9 Concentración en la Demanda del Seguro Regular y del SCTR	43
Gráfico 10 Proveedores de Salud Vinculados a Planes	45
Gráfico 11 Asegurados en el Sistema de EPS (Total de Productos)	46
Gráfico 12 Asegurados en el Sistema (por EPS)	46
Gráfico 13 Asegurados Regulares (por EPS)	47
Gráfico 14 Relación Asegurados/Derechohabientes Seguro Regular	47
Gráfico 15 Asegurados SCTR (por EPS)	48
Gráfico 16 Aportes en el Sistema de EPS (Total de Productos)	48
Gráfico 17 Aportes en el Sistema (por EPS)	49
Gráfico 18 Aportes Asegurados Regulares (por EPS)	49
Gráfico 19 Aportes por Asegurados SCTR (por EPS)	50
Gráfico 20 Evolución del Aporte Promedio (por Tipo de Producto)	50
Gráfico 21 Evolución del Aporte Promedio del Sistema (por EPS)	51
Gráfico 22 Evolución del Aporte Promedio Seguro Regular (por EPS)	51
Gráfico 23 Evolución del Aporte Promedio SCTR (por EPS)	52
Gráfico 24 Evolución Siniestralidad (por Tipo de Producto)	52
Gráfico 25 Evolución Siniestralidad del Sistema (por EPS)	53
Gráfico 26 Evolución Siniestralidad Seguro Regular (por EPS)	53
Gráfico 27 Evolución Siniestralidad SCTR (por EPS)	54
Gráfico 28 Evolución del Margen Neto de Rentabilidad (2002-2004)	56
Gráfico 29 Evolución del Margen Neto de Rentabilidad (2001)	56
Gráfico 30 Evolución de la Rentabilidad sobre Activos	57
Gráfico 31 Comparación de los Activos de las Empresas de Seguros y EPS	60

Glosario

Autoseguro. Plan de salud, no regulado por la SEPS, por el que las entidades empleadoras contratan para sus trabajadores determinadas coberturas con los proveedores de salud mediante un intermediario de seguros.

Plan Básico. Es la cobertura sanitaria mínima que proporciona la EPS. Ha de incluir como mínimo la cobertura sanitaria de la capa simple, y por lo general incluye parte de la capa compleja.

Plan Adicional. Es la cobertura sanitaria extendida, que incluye y aumenta la cobertura del plan básico.

Capa Simple. Conjunto de diagnósticos de mayor frecuencia y menor complejidad, detallados en el Reglamento de la Ley. Comprende, entre otras: atenciones ambulatorias, preventivas y recuperativas, parto normal y cirugía de día.

Capa Compleja. Conjunto de diagnósticos no incluidos en la capa simple.

Copago Ambulatorio Fijo. Precio que el paciente ha de pagar cada vez que hace uso de los servicios ambulatorios.

Copago Hospitalario Fijo. Precio que el paciente ha de pagar cada vez que hace uso de los servicios hospitalarios.

Coseguro Ambulatorio o Copago Ambulatorio Variable. Porcentaje de la factura del servicio de salud ambulatorio que corre a cargo del paciente.

Coseguro Hospitalario o Copago Hospitalario Variable. Porcentaje de la factura del servicio de salud hospitalario que corre a cargo del paciente.

Entidad Prestadora de Salud. Empresas autorizadas por la SEPS a operar en el mercado de seguros sociales de salud.

Derechohabientes. Familiares del afiliado que disfrutan del seguro de salud. Normalmente son el cónyuge y los hijos menores de 18 años, aunque algunos seguros cubren también a hijos entre 18 y 25 años y a los padres del trabajador afiliado.

EsSalud Entidad pública encargada de gestionar el seguro social público.

Instituto Peruano de la Seguridad Social. Antigua entidad pública encargada de gestionar el seguro social público. Su fue reconvertida a lo que hoy es EsSalud

Límite de Cobertura. Cantidad máxima de dinero que el plan reembolsara a un afiliado por gastos de salud.

Medicina Prepagada. Seguro de salud no regulado con el que las clínicas ofrecen determinadas coberturas a sus clientes.

Monto del Plan Básico. Precio mensual que la EPS recibirá por cada trabajador que se afilie al plan básico. El monto no es lo que el trabajador pagará. Cada trabajador pagará el monto menos su parte alícuota del 2.25% de la remuneración de los

NO DEBE SER UTILIZADO DE REFERENCIA

trabajadores que decidan permanecer con la EPS. (Ver explicación del Gráfico 2 Flujos Financieros y Reales en el Seguro Regular).

Monto del Plan Adicional. Precio mensual que la EPS recibirá por cada trabajador que se afilie al plan adicional. Al igual de los que sucede con el Monto del Plan Básico, no es lo que el trabajador que se afilie a este plan pagará, sino sólo una parte.

Oferta de Cortesía. Oferta presentada en concursos o subastas con un precio inaceptablemente alto para el demandante. Su intención no es competir por ganar el concurso sino la de dar le una apariencia de competencia. Se utiliza como instrumento para llevar a cabo prácticas colusorias.

Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo. Seguro social obligatorio, adicional al seguro regular, que proporciona cobertura de salud para aquellos trabajadores que realizan actividades peligrosas.

Seguro Potestativo. Seguro social para personas que no cumplen con los requisitos que se exigen a los asegurados regulares.

Seguro Regular. Seguro social obligatorio que proporciona cobertura de salud para los trabajadores y sus derechohabientes. Puede ser otorgado por EsSalud o por las EPS.

Superintendencia de Banca y Seguros. Organismo regulador del mercado de seguros.

Superintendencia de Entidades de Salud. Organismo regulador del mercado que autoriza la entrada al mismo y supervisa las operaciones de las EPS y sus proveedores.

Variabilidad de las Ofertas. La diferencia del precio del plan básico que las EPS presentan en cada concurso con respecto a la media de precios del plan básico presentados en ese concurso.

Abreviaturas

APEPS	Asociación Peruana de Entidades Prestadoras de Salud
EPS	Entidad Prestadora de Salud
ID	Índice de Dominancia
IHH	Índice de Herfindahl-Hirschman
INDECOPI	Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Propiedad Intelectual
IPSS	Instituto Peruano de la Seguridad Social.
SBS	Superintendencia de Banca y Seguros
SCTR	Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo
SEPS	Superintendencia de Entidades de Salud

Introducción

A finales de la década pasada la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud instauró un sistema privado de seguros sociales de salud complementario al sistema público. En el presente estudio se analiza el grado de competencia entre las Empresas Prestadoras de Salud (EPS) que componen dicho sistema privado, prestando particular atención al análisis de prácticas colusorias.

Las EPS son empresas privadas que constituyen la alternativa al seguro social de salud público. Debido al proceso de concentración que este mercado ha experimentado desde sus inicios, en la actualidad sólo se encuentran dos empresas en este mercado: Pacífico y Rimac.

En el Capítulo I se repasa la normativa que rige en el mercado de las EPS. Antes de comenzar con el análisis particular de los productos que ofrecen las EPS, se proporciona una explicación de la lógica económica que existe en los seguros sociales de salud. A continuación se explica cómo está estructurada la oferta, las características del sistema de comercialización y la organización industrial de sector.

En el Capítulo II se analiza el mercado relevante a través del estudio de las características de la demanda.

En el Capítulo III se proporciona la evolución las cuotas de mercado y de los principales indicadores del sector. Con las cuotas de mercado se calcula el grado de concentración. Se completa con un análisis de las barreras a la entrada.

El análisis de conductas potencialmente anticompetitivas se muestra en el Capítulo IV. El capítulo comienza con el análisis del poder de mercado de las EPS, debido a que cuando un mercado está muy concentrado, como sucede en este caso, existe el riesgo de que las empresas tengan poder de mercado y lo ejerciten en perjuicio de los consumidores. El análisis sobre poder de mercado se fundamenta en los datos sobre la evolución del sector que se proporcionaron en el Capítulo III.

Posteriormente se estudia la práctica anticompetitiva que más preocupa en este mercado: la colusión. La revisión de la literatura sugiere formas para detectar la colusión estudiando la variabilidad en los precios de las ofertas que las EPS hacen a las entidades empleadoras. Dado que las EPS captan sus clientes mediante un proceso concursal se argumenta en qué medida la alta variabilidad podría ser un indicio de colusión.

En el supuesto de que las EPS estuvieran coludiendo, en algunos concursos una EPS podría presentar “ofertas de cortesía”, es decir, ofertas con un precio muy alto, para facilitar que la otra EPS, con la que colude, gane presentando una oferta desfavorable para los clientes, al no tener que preocuparse por la competencia. Siempre bajo el supuesto de colusión, habría otros concursos donde las EPS invertirían sus papeles; la EPS que ganó en los anteriores concursos presenta ahora ofertas de cortesía. De esta forma las EPS involucradas en la colusión pueden ganar concursos presentando ofertas con precios superiores a los de competencia al saber que el rival presentará ofertas de cortesía con precios aun mucho más altos.

Debido a que en los concursos son los trabajadores de las entidades empleadoras los que deciden la EPS ganadora mediante votación, los precios de las ofertas de cortesía deberían ser anormalmente altos para que los trabajadores voten por la EPS

NO DEBE SER UTILIZADO DE REFERENCIA

designada para ganar ese concurso y hacer posible la colusión. Estas ofertas de cortesía hacen que la variabilidad de los precios aumente, y por tanto sería un indicio de colusión.

Si la colusión existe se ha de manifestar en la evolución de las cuotas de mercado que obtiene cada EPS. Las EPS estarán dispuestas a coludir mediante la presentación de ofertas de cortesía si el acuerdo colusivo es recíproco. La EPS que presenta ofertas de cortesía en determinados concursos, y que por tanto no los ganará, sabe que habrá otros concursos en los que la otra EPS actuará recíprocamente presentando ofertas de cortesía que le permitirán ganar el concurso aunque oferte un precio superior al que presentaría en condiciones de competencia. Para que las EPS estén dispuestas a coludir ambas han de salir beneficiadas, y esto se logrará mediante un reparto del mercado por el que cada EPS recibe una cuota del mismo más o menos estable (no necesariamente un reparto al 50%). Si una EPS comienza a ganar cuota de mercado por encima de la cuota pactada se estará beneficiando más que la otra. A partir de aquí el mecanismo de colusión entraría en funcionamiento hasta reajustar las cuotas en el nivel de equilibrio pactado.

Si el mecanismo de colusión mediante ofertas de cortesía empieza a funcionar, se observará un aumento de la variabilidad de los precios asociado al reestablecimiento de un determinado nivel de equilibrio en las cuotas de mercado.

Estudiada la variabilidad de las ofertas que presentaron las EPS, no se ha encontrado una relación entre la variabilidad y las cuotas de mercado por la que se pueda deducir que las EPS hayan incurrido en prácticas colusorias.

Las conclusiones finales sobre la posible presencia de colusión en este mercado cierran el trabajo. No obstante, es necesario hacer una advertencia. En un informe de competencia en el que se hubieran verificado prácticas restrictivas de la competencia se hubiera procedido a evaluar el daño causado y a recomendar cambios en la política económica, en la legislación general de competencia o en la legislación y regulación particular de ese mercado. Comoquiera que en los análisis realizados no se han encontrado dichas prácticas, en el presente estudio no se requieren los capítulos de estimación del daño ni de recomendaciones de política pública.

Introduction

By the end of the last decade the Social Security Modernization Act (in Spanish, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud) created a private system of social health insurance to complement the public health insurance system. In this paper I analyze to what extent private health insurance companies (in Spanish, EPS) are competing in the market, focusing on whether or not they have engaged in collusory practices.

EPS are private insurance companies offering an alternative to the public health insurance system. There are only two EPS currently operating in the market. Since the beginning of the system the number of EPS companies in the market has been reduced due to mergers among them.

Chapter I of this paper provides a review of the Peruvian regulatory environment for the EPS market. Chapter begins with a brief explanation of the economics of social health insurance, followed by the analysis of the products offered by the EPS. The chapter ends with a description of how the supply is structured, the commercialization system and the industrial organization of the sector.

Chapter II defines the relevant market through demand substitution analysis.

Chapter III provides the evolution of market shares and other main indicators for the industry. The degree of concentration is quantified through the use of concentration indexes. The chapter is completed with the analysis of entry barriers.

Chapter IV addresses the issue of potential anti-competitive practices. It begins with the analysis of the EPS market power. Due to the high degree of concentration there is a high chance EPS can exert market power against consumers' well-being. The analysis is based on real data about market evolution.

The report continuous with the study of the anti-competitive practice that raises concern to Peruvian competition authorities in this market: collusion. The literature reviewed suggests collusion can be detected through price variability patterns of the bids made by the EPS. Given that EPS win their contracts in contest held at every employer organization, this paper shows how high variability of the bid prices can indicate collusion.

If EPS were to collude, in some contests one of the two existing EPS would have to present a courtesy bid, that is, a bid with a price so high the employees seeking for insurance are unlikely to accept. The courtesy bid will facilitate the other EPS to win the contest, even if its price bid is above competitive level. Under this collusion scheme, bidding roles will be reverse in other contests. The previously winner EPS will reciprocate and it will present high courtesy bids in other contests. This way both EPS can benefit form the collusion agreement: they both will win contests for which they present bids above the competitive level, since they know the other competitor is presenting courtesy bids.

In the above mentioned contests, the employees of the organization take a vote to decide which EPS will win. For this reason, courtesy bids will have to be abnormally high to assure the majority of employees will vote for the EPS designated to win in every contest in which collusion might be taking place.

NO DEBE SER UTILIZADO DE REFERENCIA

If collusion exists it will also show up in certain market share patterns. Each EPS will be willing to collude through courtesy bidding if the other EPS reciprocates. When an EPS presents a courtesy bid knows it will not win that contest, giving away some market share. However it also knows there are upcoming contests in which it will have the chance to recover. In order to make collusion profitable for both EPS there will be some agreed market partition (not necessarily a 50% split). If at one point in time one of the EPS has a market share above the agreed level it would call for an adjustment in which that EPS will lose in several consecutive contest until the agreed partition is reached.

Once the adjustment mechanism has started, we would notice an increase in price variability, (due to courtesy bidding,) associated to the restored market partition (thanks to a series of contests won consecutively by the same EPS).

Using market data on bids presented by the EPS, no relationship was found between price variability and market share to infer collusion occurred in the market.

In the last section of the paper conclusions are summarized. It is necessary to clarify that in a competition report where restrictive business practices are found, it would have been convenient to evaluate the actual damage caused by the anti-competitive practices and to recommend policy changes to general legislation of competition or to the regulation in that specific market. However, in view this has not been the case in the EPS market, the study does not include an estimate of damage nor recommendations for changes in competition policy.

Capítulo I Descripción del Sector Económico de las EPS

1.1 Resumen del Capítulo I

En este capítulo inicial se analizan las características generales del mercado. Consta de cuatro secciones:

- El régimen contributivo de la seguridad social, donde se explica el marco legal que rige este mercado. Conocer el marco legal es fundamental para comprender el tipo de competencia que se observa, puesto que se trata de un entorno fuertemente regulado.
- La descripción de los productos y servicios que ofrecen las EPS, donde se da una primera información sobre los productos que se analizarán, así como de los flujos monetarios que origina su comercialización.
- Las características de la oferta de productos, donde se describe a los oferentes y se da información sobre los grupos económicos a que pertenecen.
- En las características de los sistemas de distribución y comercialización se retrata el proceso mediante el cual las EPS compiten por los clientes.

Las conclusiones con respecto a la competencia que se obtienen de este capítulo son:

El proceso por el que compiten las EPS por los clientes está muy regulado y es muy complejo. Las ofertas de las EPS están caracterizadas por la multidimensionalidad, es decir, las EPS compiten en varias dimensiones, no sólo en el precio. Esas múltiples dimensiones generan una incertidumbre adicional porque la decisión de la EPS ganadora está en manos de la asamblea de trabajadores, que valoran en su decisión las distintas dimensiones de las ofertas.

Si bien actualmente sólo existen dos EPS en el mercado y esto pudiera favorecer el surgimiento de prácticas anticompetitivas como la colusión, las EPS pertenecen a grandes grupos aseguradores que forman parte de los principales conglomerados empresariales del país y que mantienen una relación de rivalidad entre sí. La rivalidad que existe entre el Grupo Brescia (EPS Rimac) y el Grupo Romero (EPS Pacífico) es bien conocida en el Perú. La fuerte competencia que mantienen estos grupos por convertirse en el conglomerado empresarial dominante hace menos probable que surja la confianza necesaria entre ellos para concertar prácticas colusorias en el mercado de las EPS.

1.2 El Régimen Contributivo de la Seguridad Social

Para comprender la naturaleza de los servicios que las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) ofertan, hay que tener en cuenta la normativa aplicable que establece que:

- Son los trabajadores los que tienen el derecho de convertirse en afiliados de las EPS en el marco de un régimen de seguridad social financiado por cotizaciones obligatorias.

NO DEBE SER UTILIZADO DE REFERENCIA

- Los servicios a los beneficiarios son prestados en función a las categorías de afiliado que define al ley.

Las EPS prestan sus servicios en el marco de un sistema de Seguridad Social establecido en la Constitución Política del Perú de 1993 y definido en la Ley 26790 o Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud.

El derecho a la seguridad social aparece recogido en el Artículo 10 de la Constitución Política del Perú de 1993 como uno de los derechos fundamentales de la persona:

Artículo 10.- Derecho a la Seguridad Social

El Estado reconoce el derecho universal y progresivo de toda persona a la seguridad social, para su protección frente a las contingencias que precise la ley y para la elevación de su calidad de vida.

La Ley 26790 o Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud establece la cobertura del Régimen contributivo de la Seguridad Social¹ en Salud:

Artículo 2.- El Seguro Social De Salud

El Seguro Social de Salud otorga cobertura a sus asegurados brindándoles prestaciones de prevención, promoción, recuperación y subsidios para el cuidado de su salud y bienestar social, trabajo y enfermedades profesionales.

Está a cargo del Instituto Peruano de Seguridad Social -IPSS- y se complementa con los planes y programas de salud brindados por las Entidades Prestadoras de Salud debidamente acreditadas, financiando las prestaciones mediante los aportes y otros pagos que correspondan con arreglo a ley.

Las EPS son una parte del sistema de seguridad social en el Perú y los servicios que ofrecen complementan los que el Instituto Peruano de la Seguridad Social (IPSS) ofrece. Los servicios que las EPS prestan se encuadran en el Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud². El régimen contributivo se financia mediante un aporte obligatorio a EsSalud³.

De acuerdo a la normativa vigente⁴ los servicios que las EPS ofrecen se prestan a dos tipos de asegurados: regulares, potestativos. Los asegurados regulares que desempeñan actividades de riesgo, definidas mediante Decreto Supremo, tiene una cobertura adicional mediante el seguro complementario de trabajo de riesgo (SCTR)⁵.

1.2.1 Características legales del seguro regular

1 (*) De conformidad con la Segunda Disposición Final y Derogatoria de la Ley N° 27056, publicada el 30-01-99, sustitúyase toda mención al "Seguro Social de Salud" en esta Ley y sus normas complementarias por "Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud"

² En el Artículo 1 de la Ley N° 26790 se determina que además del régimen contributivo existe un régimen subsidiado "El Ministerio de Salud tiene a su cargo el Régimen Estatal con el objeto principal de otorgar atención integral de salud a la población de escasos recursos que no tiene acceso a otros regímenes o sistemas. Dicho régimen se financia con recursos del Tesoro Público (...)"

³ EsSalud es el nombre actual del IPSS.

⁴ Artículo 3, Ley N° 26790, derogado por la Primera Disposición Complementaria de la Ley N° 27177, publicada el 25-09-99.

⁵ Artículo 19, Ley N° 26790.

NO DEBE SER UTILIZADO DE REFERENCIA

El Seguro Regular que ofrecen las EPS ha de tener obligatoriamente las características que establece la Ley. Las características del seguro regular que se analizan a continuación son:

- Quién puede ser asegurado regular
- Qué beneficios otorga y qué beneficios no otorga
- Cuánto tiene que pagar por ellos el afiliado.

Según la normativa vigente⁶ son afiliados regulares del Seguro Social de Salud

a) Los trabajadores activos que laboran bajo relación de dependencia o en calidad de socios de cooperativas de trabajadores, cualquiera sea el régimen laboral o modalidad a la cual se encuentren sujetos;

b) Los pensionistas que perciben pensión de cesantía, jubilación, incapacidad o de sobrevivencia, cualquiera fuere el régimen legal al cual se encuentren sujetos.

Pueden disfrutar de las prestaciones del seguro regular los dependientes del afiliado regular:

el cónyuge o el concubino a que se refiere el Artículo 326 del Código Civil, así como los hijos menores de edad o mayores incapacitados en forma total y permanente para el trabajo, de acuerdo a la calificación que efectuará el IPSS, siempre que no sean afiliados obligatorios.

El asegurado regular contrata con la EPS un plan de salud⁷. Los beneficios que por ley ha de otorgar un plan correspondiente al seguro regular son la cobertura, sin límite de suma asegurada, de enfermedades pertenecientes a la *capa simple* y accidentes de trabajo no comprendidos en el SCTR. Las enfermedades de la *capa simple* son las más frecuentes y se encuentran detalladas en el Anexo I del Reglamento de la Ley⁸.

Las enfermedades de la *capa compleja* son las que no se encuentran detalladas en el mencionado anexo. Las EPS tienen la facultad de incluir las enfermedades de la capa compleja que consideren dentro de su cobertura.

El plan ofertado determinará la cuantía de la cobertura máxima de la que disfruta el afiliado y sus derechohabientes para el tratamiento de las enfermedades de la capa compleja. El plan que la EPS ofrece al asegurado no puede excluir dolencias preexistentes.

El asegurado mantiene siempre la cobertura en EsSalud de las enfermedades de la capa compleja que no sean cubiertas por el plan que adquiere de su EPS.

La EPS puede no incluir las prestaciones especificadas en el Anexo 3 del Reglamento N° 26790 en el plan de salud que ofrece al asegurado regular, entre las que se encuentran:

⁶ Artículo 2 Reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud. Decreto Supremo N° 009-97-SA

⁷ Para ello es necesario que la EPS haya sido elegida en el centro de trabajo del asegurado según el proceso que se explicará más adelante, y que se encuentra estipulado en el Artículo 46 del Reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud. Decreto Supremo N° 009-97-SA

⁸ Ver Nota 6.

NO DEBE SER UTILIZADO DE REFERENCIA

- procedimientos de naturaleza cosmética, estética o suntuaria,
- daños de lesiones autoinflingidas.

En la oferta que presenta la EPS se encuentra detallado el monto total que la EPS deberá recibir por afiliado, dependiendo de cuál sea el plan de salud elegido por el afiliado y de la cantidad de dependientes, u otros beneficiarios⁹, que se incluyan en el plan. Sin embargo, el afiliado paga menos de ese monto total, debido a que si se afilia a un plan de salud con una EPS, ésta recibirá el 2.25%¹⁰ de la remuneración de los trabajadores que se suscriban al plan. Cada trabajador ha de pagar el monto total del plan elegido menos su parte alícuota del 2.25% de la remuneración de todos los que, como él, han optado por afiliarse a la EPS.

Además del aporte mensual del trabajador, que será descontado por la empresa cada mes, la normativa¹¹ establece el plan de salud puede establecer copagos a cargo del asegurado para distintas prestaciones de servicios de salud. Los copagos están limitados a un porcentaje mensual del ingreso del trabajador y no pueden incluir servicios de emergencia ni prestaciones de maternidad, entre otros.

La norma¹² establece que todos los afiliados y sus derechohabientes que contraten el plan de salud en una empresa o centro de trabajo, están sujetos a las mismas condiciones y beneficios con independencia de su remuneración.

⁹ Son ejemplo de otros beneficiarios los padres. Hay planes de salud que incluyen la posibilidad de que los padres, que no son derechohabientes de acuerdo con la ley, puedan ser beneficiarios del plan de salud.

¹⁰ El 2.25% corresponde a la cuarta parte del 9% de la remuneración que los trabajadores que opten por suscribir el plan de la EPS. Este monto, conocido como crédito contra las aportaciones, está establecido en los Artículos 15 y 16 de la Ley N° 26790.

¹¹ Artículo 42 del Reglamento de la Ley N° 26790, establecido en el Decreto Supremo N° 009-97-SA.

¹² Artículo 41.

1.2.2 Características legales del seguro potestativo

Siguiendo el esquema empleado para analizar las características del seguro regular, se analizan las características que según la normativa, han de cumplir los seguros potestativos:

- Quién puede ser asegurado potestativo
- Qué beneficios otorga y qué beneficios no otorga
- Cuánto tiene que pagar por ellos el afiliado.

El artículo 24 del Reglamento de la Ley de Modernización¹³ define quiénes pueden ser afiliados potestativos del Seguro Social de Salud.

Artículo 24.- Los trabajadores y profesionales independientes, incluidos los que estuvieron sujetos a regímenes especiales obligatorios, y las demás personas que no reúnan los requisitos para una afiliación regular, así como todos aquellos que la ley determine; se afilian al Seguro Social bajo la modalidad de potestativos.

Según el Artículo 3 de la Ley de N° 26790 Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud¹⁴, los derechohabientes de los asegurados potestativos son los mismos que los derechohabientes del seguro regular.

El asegurado potestativo puede contratar libremente con la EPS de su elección¹⁵. Su cobertura ha de incluir, según el Artículo 26 del Decreto Supremo N° 009-97-SA:

(...) todas las prestaciones contenidas en el Plan Mínimo de Atención; pudiendo además, incluir prestaciones adicionales de cualquier índole. (...)

El plan mínimo ha de incluir por lo menos todas las prestaciones de la capa simple. Al igual de lo que sucede en el seguro regular, la cobertura para estas prestaciones es ilimitada. La EPS es libre de contratar con el asegurado las condiciones de las prestaciones adicionales.

Por la propia naturaleza del seguro potestativo, los aportes del mismo se determinan libremente entre las partes. A diferencia del seguro regular, la EPS no recibe por ley porcentaje alguno de la remuneración de los trabajadores. Los aportes de los asegurados potestativos se establecen en el Artículo 27 del Decreto Supremo N° 009-97-SA:

Artículo 27.- El aporte de los afiliados potestativos se determina en función al contenido y naturaleza del plan elegido. Es de cargo del afiliado y se expresa en términos monetarios según lo establecido en el contrato, independientemente de sus ingresos.

En el contrato de seguro potestativo que la EPS ofrece al asegurado estarán especificadas las prestaciones que están sujetas a copagos, o lo que es lo mismo, pagos compartidos, por parte del beneficiario del seguro, y la cuantía de los mismos. No podrá haber copago para las prestaciones de urgencia y de maternidad.

¹³ Decreto Supremo N° 009-97-SA.

¹⁴ Artículo sustituido por la Primera Disposición Complementaria de la Ley N° 27177, publicada el 25-09-99.

¹⁵ Artículo 25, Decreto Supremo N° 009-97-SA.

NO DEBE SER UTILIZADO DE REFERENCIA

1.2.3 Características legales del seguro complementario trabajo de riesgo

A continuación se presenta el análisis de las características que ha de tener el Seguro Complementario Trabajo de Riesgo (SCTR), también con el mismo esquema empleado para analizar las características del seguro regular y seguro potestativo

- Quién puede ser asegurado del SCTR
- Qué beneficios otorga y qué beneficios no otorga
- Cuánto tiene que pagar por ellos el afiliado.

Sólo podrán ser afiliados del SCTR los afiliados del seguro regular que trabajan en actividades de alto riesgo especificadas reglamentariamente¹⁶

Artículo 82.- El Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo otorga cobertura adicional por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales a los afiliados regulares del Seguro Social de Salud. Es obligatorio y por cuenta de las entidades empleadoras que desarrollan las actividades de alto riesgo (...).

El SCTR, a diferencia de los anteriores, es obligatorio para todos los trabajadores del centro donde se realizan actividades de riesgo, pero es el empleador el que ha de contratarlo obligatoriamente. El costo del seguro está a su cargo. Por lo tanto, el decisor de la contratación no es el trabajador sino la empresa para la que trabaja.

Para obtener la cobertura de salud del SCTR, la entidad empleadora, según el Artículo 83 del Reglamento, deberá contratar con la EPS elegida por los trabajadores, o con cualquier otra si no existiera EPS elegida.¹⁷

Los beneficios que el SCTR otorga al asegurado comprenden coberturas de dos tipos: la cobertura de salud por trabajo de riesgo, y la cobertura de invalidez y sepelio por trabajo de riesgo¹⁸.

La cobertura que otorga el SCTR es complementaria al seguro regular y dirigida a accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. El alcance de dichas coberturas se encuentra reglamentado en los siguientes artículos del Decreto Supremo N° 009-97-SA

Artículo 83.- La cobertura de salud por trabajo de riesgo comprende prestaciones de asistencia y asesoramiento preventivo promocional en salud ocupacional; atención médica; rehabilitación y readaptación laboral, cualquiera que sea su nivel de complejidad. (...)

En el Decreto Supremo N° 003-98-SA se encuentran detalladas las condiciones mínimas imperativas de los contratos para la cobertura de salud por trabajo de riesgo.

16 Artículo 82 Reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud. Decreto Supremo N° 009-97-SA

17 El proceso de elección se explicará más adelante en este informe.

18 Las coberturas por invalidez y sepelio no son coberturas de salud por lo que quedan fuera del alcance de este informe.

Documento de trabajo para fines de discusión. Agradecemos comentarios.

NO DEBE SER UTILIZADO DE REFERENCIA

Al igual que en los seguros anteriormente analizados el Artículo 16.2 del mencionado Decreto Supremo establece que:

Las condiciones de cobertura y las prestaciones serán iguales para todos los trabajadores, cualquiera que fuere su nivel remunerativo, (...) no pudiendo pactarse cláusulas que establezcan exclusiones de dolencias o enfermedades preexistentes (...).

Aunque a diferencia de seguros anteriores, en el mismo artículo se menciona que no pueden pactarse cláusulas que establezcan:

períodos de carencia, copagos, franquicias o pago alguno de los trabajadores con cargo a reembolso u otros mecanismos similares (...).

Se encuentran excluidas de la cobertura, según el Artículo 16.3, apartado C, los

procedimientos o terapias (...) de naturaleza cosmética, estética o suntuaria, cirugías electivas (no recuperativas ni rehabilitadoras) cirugía plástica, odontología de estética (...).

No quedan excluidos, según el mismo artículo,

los tratamientos de cirugía plástica reconstructiva o reparativa exigibles como consecuencia de un accidente de trabajo o una enfermedad profesional.

Para poder disfrutar de la cobertura del SCTR el asegurado no tiene que efectuar desembolso alguno. Como determina la Ley N° 26790 en su Artículo 19:

(...) Es obligatorio y por cuenta de la entidad empleadora. (...).

NO DEBE SER UTILIZADO DE REFERENCIA

1.3 Descripción de los Productos o Servicios Ofrecidos por las EPS

De acuerdo a la normativa analizada en la sección anterior, existen tres productos principales que ofrecen las EPS:

- Seguro Regular
- Seguro Potestativo
- Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (SCTR).

Dadas las finalidades que cumplen estos productos, se considerarán adicionalmente las siguientes alternativas como posibles sustitutos del seguro regular:

- Autoseguro
- Medicina Prepagada.

1.3.1 La economía del seguro regular

En el Perú los trabajadores y sus derechohabientes pueden recibir prestaciones sanitarias del seguro regular mediante el sistema de seguro público (EsSalud) o privado (EPS).

El seguro regular es el producto más importante, tanto en términos de asegurados como de aportes de las EPS. El negocio de la EPS está en recibir de los asegurados un volumen monetario de aportes superiores a sus gastos administrativos y las prestaciones que deben pagar a los proveedores por los servicios de salud que han prestado a los asegurados. Por lo tanto, aquellos empleadores cuyos trabajadores presentan menor siniestralidad son más rentables para la EPS.

Por otra parte, los asegurados estarán dispuestos a aportar mensualmente cierta cantidad a la EPS a cambio de saber que si lo necesitaran, pueden disponer de servicios sanitarios de determinada calidad con un costo mucho menor al que deberían pagar si no estuvieran asegurados.

En conclusión, los trabajadores más dispuestos a pagar un determinado aporte mensual son aquellos que más siniestralidad presentan. Los trabajadores de menor siniestralidad, los que a la EPS le gustaría tener afiliados, son los menos propensos a contratar los planes.

La normativa sobre el seguro regular trata de conciliar los intereses de la EPS y de los trabajadores de forma que éstos puedan conseguir un seguro mediante un aporte mensual que puedan pagar y además que la EPS tenga utilidades. Para conseguirlo, se ha establecido que el aporte sea proporcional al ingreso del trabajador y que todos los trabajadores tengan acceso al plan en las mismas condiciones. Estas dos condiciones implican la creación de un sistema de reparto de riesgo¹⁹ entre los trabajadores.

El reparto del riesgo en un sistema de seguros de salud significa, en primer lugar, desvincular los beneficios que el afiliado recibe de los aportes que realiza. En los seguros del sistema de EPS, los afiliados de cada empresa reciben los beneficios en las mismas condiciones, con independencia de la cuantía de sus aportaciones. No todos los trabajadores aportan lo mismo. Una parte de la contribución de los trabajadores al sistema de seguro viene dada por el 2.25% de los salarios de los

¹⁹ Para una revisión del concepto de reparto del riesgo consultar Smith, P. and Witter, S. "Risk Pooling in Health Care Financing". Health Nutrition and Population Discussion Paper. Worldbank 2004.

NO DEBE SER UTILIZADO DE REFERENCIA

afiliados a la EPS. Esa cantidad va a un fondo común del que después se benefician todos los afiliados por igual, independientemente de su remuneración. No obstante, al fondo han contribuido proporcionalmente más los trabajadores que más ganan, porque el 2.25% de su salario es mayor. De esta forma los trabajadores de mayor ingreso son solidarios con los que ingresan menos.

Por otra parte, el reparto del riesgo en un sistema de seguros de salud significa que todos los trabajadores van a pagar lo mismo por el plan independientemente de su riesgo, es decir, de la probabilidad de que vayan a necesitar atención médica. El fondo constituido por el 2.25% del salario de los afiliados al seguro de las EPS no es suficiente para sufragar el precio del plan. Para disfrutar de la cobertura de los planes de salud de las EPS los afiliados han de completar el fondo pagando una cantidad mensual que es igual para todos. Pero aunque todos pagan lo mismo, los trabajadores con más riesgo de padecer enfermedades van a hacer un mayor uso de los recursos sanitarios financiados con el fondo. Esto en la práctica supone una transferencia solidaria de recursos de los trabajadores y beneficiarios sanos hacia los trabajadores y beneficiarios enfermos.

El seguro regular público supone un sistema de reparto de riesgo entre todos los afiliados a EsSalud. El seguro regular privado supone un sistema de reparto de riesgo entre los miembros de la entidad empleadora que deciden suscribir el plan.

Para que un sistema de reparto de riesgo funcione para una EPS, es decir, proporcione seguro a unos montos que permitan recuperar los costos por siniestralidad (y los costos administrativos), es necesario que tenga un número suficiente de afiliados. Las EPS consiguen sus afiliados mediante el proceso de elección que se detalla a continuación.

1.3.2 El proceso de elección de la EPS para captar afiliados

El proceso en virtud del cual la EPS capta afiliados en un centro de empleo se observa esquematizado en el Gráfico 1. El seguro regular es obligatorio y salvo que se contrate con una EPS, es proporcionado por EsSalud. La iniciativa de convocar un proceso para contratar el seguro con una EPS puede partir de la entidad empleadora, o bien del 20% de los empleados de la misma, que, además pueden designar hasta dos EPS para que sean invitadas a concursar. En cualquier caso al concurso deberán ser invitadas no menos de dos EPS. El asesor de seguros intermedia entre las EPS y la entidad empleadora para tratar de definir la oferta que las EPS presentarán al concurso.

Si las EPS deciden presentar su oferta al concurso, las ofertas han de ser publicadas por la entidad empleadora con más de 10 días de antelación, pero menos de 20, sobre la fecha para que los trabajadores voten por la propuesta de su preferencia.

La votación no será válida si no participan en ella al menos la mitad más uno de los trabajadores. En este caso, se puede convocar una nueva elección.

Si la votación es válida, pero ninguna de las ofertas propuestas ha logrado tener la mayoría absoluta de los votos válidamente emitidos, la entidad empleadora podrá convocar una nueva elección. Si por el contrario, una propuesta ha sacado mayoría absoluta de los votos se le considerará elegida. Los resultados deberán ser publicados dentro de los tres días siguientes.

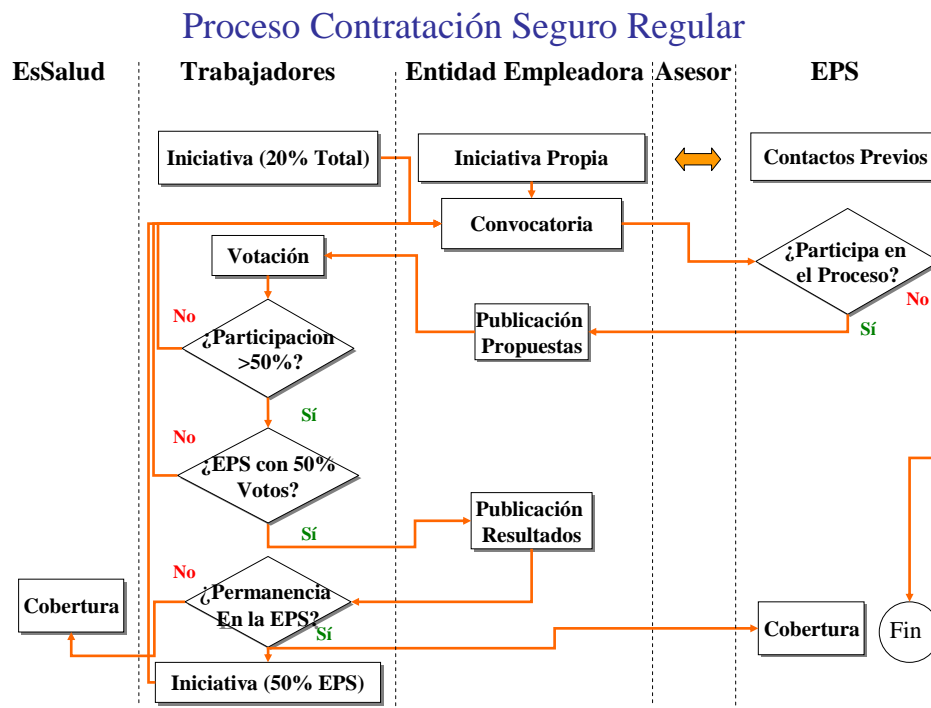
NO DEBE SER UTILIZADO DE REFERENCIA

Dentro de los cinco días hábiles a la publicación de los resultados cada trabajador puede optar por no entrar en el plan de salud de la EPS o bien adherirse al un plan de la EPS ganadora.

Si el trabajador opta por lo primero, continuará bajo la cobertura de EsSalud, para todos los servicios de salud cubiertos por el seguro regular. Si opta por adherirse al plan de la EPS, tendrá la cobertura del plan, con los proveedores de salud que en él se incluyen, y para el resto de servicios no incluidos en el plan seguirá cubierto por EsSalud. Dependiendo de la opción del trabajador se producen unos flujos financieros que se explican en el siguiente apartado.

Una vez que cada trabajador ha elegido si permanecer en EsSalud o en la EPS, puede optar por cambiarse a la otra opción una vez al año. Es decir, un trabajador que se decidió por la EPS puede salirse del plan y pasarse a EsSalud y viceversa, un trabajador que se decidió por EsSalud puede contratar el plan de la EPS ganadora en su entidad empleadora.

Gráfico 1 Proceso de Contratación del Seguro Regular



Del proceso de contratación del seguro regular se pueden identificar los pasos críticos donde debería desarrollarse una competencia efectiva entre las EPS. La primera de esas fases es la decisión de participar en el proceso. La segunda es presentar una oferta que sea lo suficientemente atractiva para que gane el concurso a las demás EPS que participan en él. Por último, la oferta ha de ser lo suficientemente atractiva para inducir el trabajador individual a aceptar la oferta en vez de permanecer con EsSalud.

1.3.3 Flujos financieros y reales del seguro regular

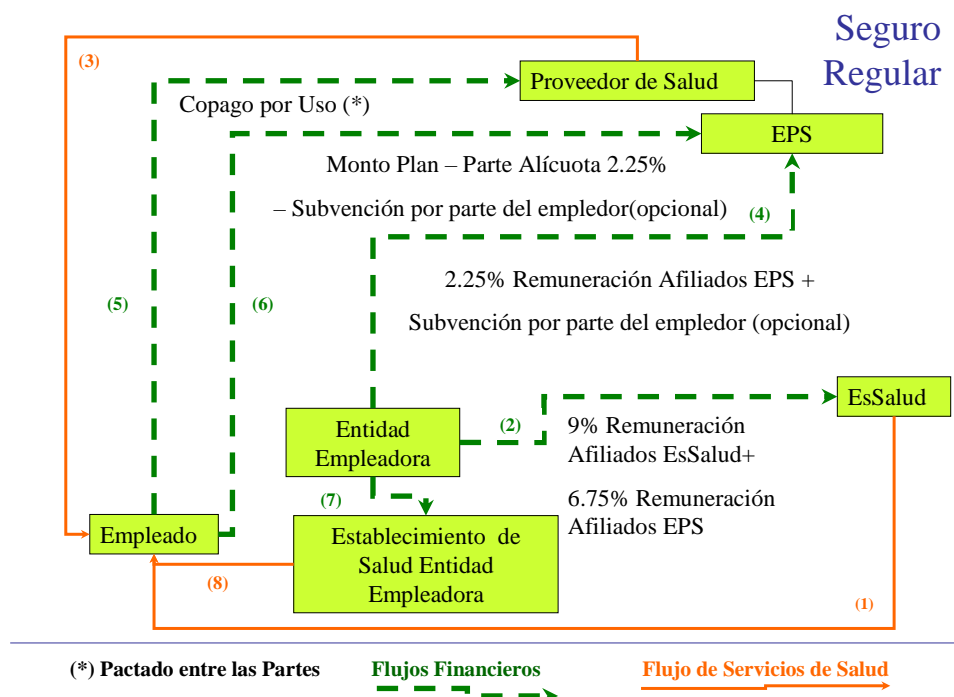
Si una entidad empleadora no ha contratado con una EPS el seguro regular, sus trabajadores recibirán prestaciones sanitarias a través de EsSalud, representadas por la flecha (1) en el Gráfico 2. A cambio, su entidad empleadora deberá pagar mensualmente a EsSalud el 9% de las remuneraciones de la planilla (2).

Si la empresa ha contratado con una EPS el seguro regular, el trabajador puede optar por permanecer en EsSalud o bien aceptar las condiciones que la EPS ha ofrecido a los trabajadores de esa entidad empleadora. Es este caso recibirá los servicios de salud por parte de los proveedores de salud incluidos en su plan de la EPS (3). A cambio, deberá afrontar los copagos establecidos en su plan para determinados servicios de salud (5) y además, se le sustraerá de su paga mensual la diferencia entre el monto del plan elegido y la parte alícuota del 2.25% de la remuneración de los trabajadores que ese mes se encuentren afiliados al plan²⁰ (6).

Por los trabajadores que optaron por la EPS el empleador abonará a la EPS el 2.25% de sus remuneraciones (4) y a EsSalud el 6.75% de las mismas (2).

Algunos empleadores que cuentan con centros de salud propios²¹ pueden disfrutar del 2.25% de las remuneraciones de sus trabajadores (7) si en ellos se brinda atención sanitaria a los trabajadores (8). Para ello habrá de acreditar de acuerdo a la ley los establecimientos donde se prestan dichos servicios²².

Gráfico 2 Flujos Financieros y Reales en el Seguro Regular



1.3.4 Productos alternativos al seguro regular

²⁰ Por ejemplo, para una determinada entidad empleadora, un plan de salud está en S/. 120 al mes por trabajador. Si la suma del 2.25% de la remuneración los trabajadores que en un mes concreto están afiliados a la EPS, dividido entre el número de ellos resulta S/. 70, a cada trabajador suscrito al plan, para ese mes en concreto, se le descontará S/. 50.

²¹ Por lo general se trata de industrias extractivas cuyas explotaciones de encuentran en sitios alejados de centros urbanos y por lo tanto sin infraestructura sanitaria cercana.

²² La acreditación deberá hacerse según lo que establece el Artículo 43 del Reglamento de la Ley N° 26790, Decreto Supremo N° 009-97-SA.

NO DEBE SER UTILIZADO DE REFERENCIA

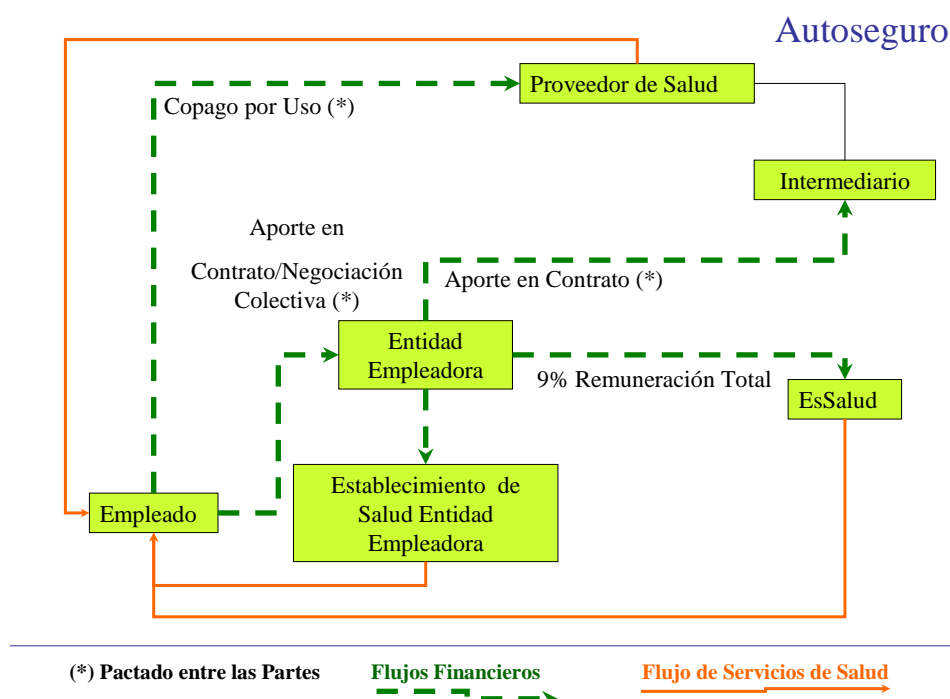
La función del seguro regular de las EPS es proporcionar cobertura sanitaria privada, alternativa a la que proporciona EsSalud, para las enfermedades más frecuentes del trabajador y a su familia. En el mercado existen dos productos alternativos que proporcionan una funcionalidad similar, aunque hay que destacar que no están sujetos a la misma normativa legal, y por tanto, no tienen las mismas garantías.

Los productos que pueden proporcionar funcionalidades comparables son conocidos como autoseguro y medicina prepagada.

El autoseguro es un producto informal²³ por el que la entidad empleadora llegaría a un acuerdo, mediante un intermediario, por el que los trabajadores de esa empresa pueden acudir a determinadas clínicas y hospitales. No obstante, si la siniestralidad supera un determinado límite la entidad empleadora debería hacerse cargo de los gastos sanitarios que sus trabajadores generan, de ahí el nombre de autoseguro.

El autoseguro implica un doble aseguramiento por parte de los empleados porque la entidad empleadora ha de seguir aportando al sistema público de seguridad social. Los flujos financieros y de servicio del autoseguro aparecen esquematizados en el Gráfico 3.

Gráfico 3 Flujos Financieros y Reales en el Autoseguro



Por lo general las entidades empleadoras que han contratado este tipo de servicios son empresas públicas. La Asociación Peruana de Entidades Prestadoras de Salud estima que los intermediarios que ofrecen autoseguros han captado más de 30,000 beneficiarios y que el promedio mensual pagado por persona duplica el promedio en el sistema de seguro que ofrecen las EPS²⁴.

²³ El autoseguro no está regulado ni por la Superintendencia de Banca y Seguros (SBS) que supervisa a las empresas de seguros, ni por la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud (SEPS) que supervisa a las EPS.

²⁴ Diario Gestión. Finanzas / Pág. XIII / 21-3-2005.

NO DEBE SER UTILIZADO DE REFERENCIA

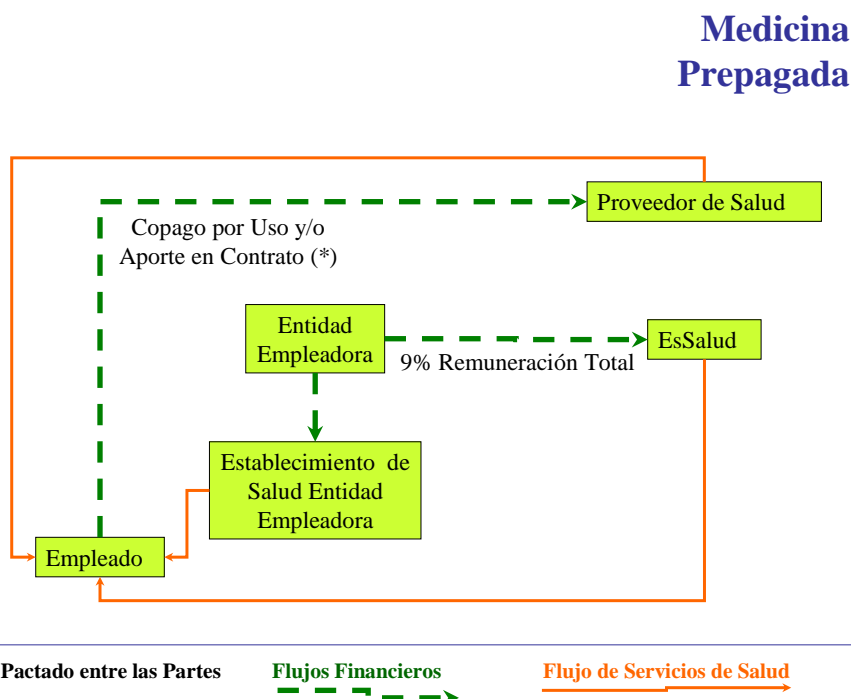
Hay dos aspectos del autoseguro que lo diferencian del seguro regular de las EPS, y por tanto lo alejan de la condición de sustituto del mismo. El primero es el vacío regulatorio que padece el autoseguro. Por lo tanto los asegurados carecen, por ejemplo, de canales regulares para algo tan importante en un seguro como es el hacer reclamaciones. El segundo es que en el caso del autoseguro la decisión de contratarlo no reside en el trabajador individual, sino en la entidad empleadora, que contrata y ofrece el servicio a sus trabajadores.

El otro producto alternativo al seguro regular de las EPS es los que se conoce como medicina prepagada. A diferencia del autoseguro, aquí el trabajador sí que tiene un papel primordial. En este caso, es el propio trabajador el que contrata con el proveedor, generalmente una clínica, un seguro que le da derecho a acceder a determinados servicios de la clínica en las condiciones de copago que establece el contrato.

En este caso el trabajador también está doblemente asegurado. Como se aprecia en el Gráfico 4, el trabajador sigue bajo la cobertura de EsSalud, pero a cambio de la prima y los copagos del contrato, puede acceder a los servicios de su proveedor de salud.

El principal inconveniente para considerar la medicina prepagada un sustituto del seguro regular de las EPS es el carácter restringido que tienen la medicina prepagada pues los servicios se prestan en la clínica con la cual se contrata, mientras que en el seguro regular se pone a disposición del beneficiario una gama mucho mayor de proveedores en el plan.

Gráfico 4 Flujos Financieros y Reales en Medicina Prepagada



1.3.5 Otros productos ofrecidos por las EPS

NO DEBE SER UTILIZADO DE REFERENCIA

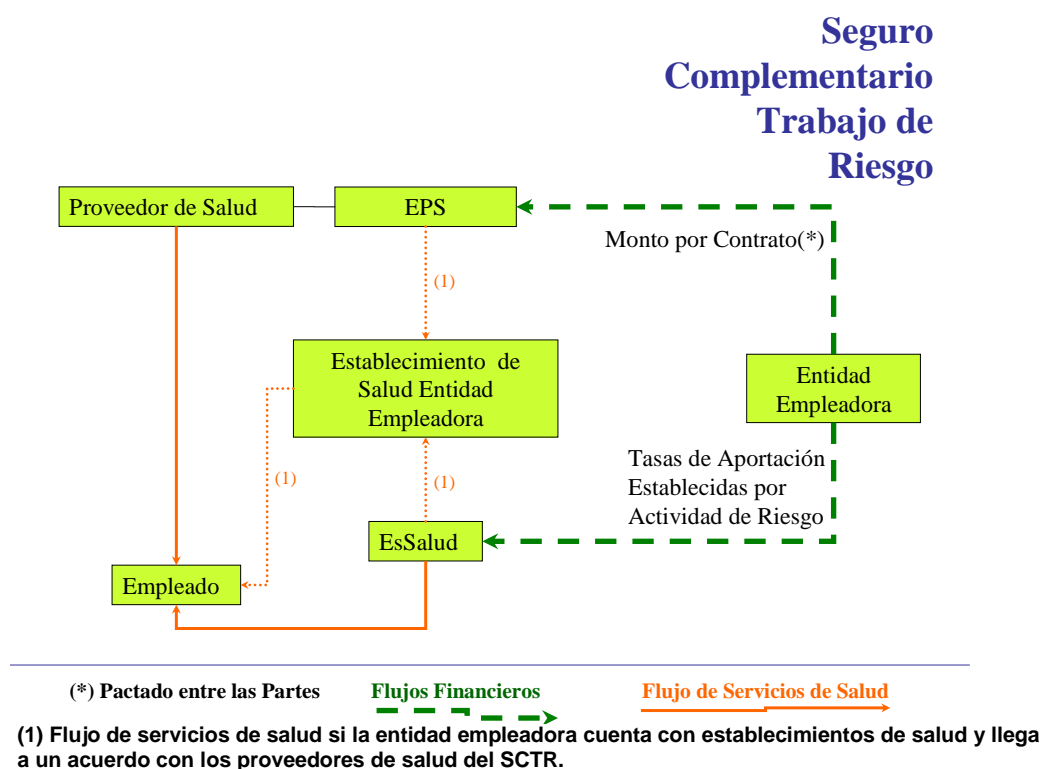
Los siguientes productos son ofrecidos por las EPS, pero por su naturaleza legal no son productos que los demandantes consideren como alternativas válidas, y por tanto no compiten con el seguro regular.

El Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (SCTR) es un seguro complementario al seguro regular para trabajadores que realizan determinado tipo de actividades peligrosas. Es obligatorio por ley. La responsabilidad de contratar el seguro no es del trabajador sino del empleador.

Los flujos financieros y de servicios del SCTR se encuentran esquematizados en el Gráfico 5. Es la entidad empleadora la que paga, bien a una EPS o bien a EsSalud por la cobertura del SCTR para sus trabajadores.

Cuando éstos sufren un accidente laboral o padecen una enfermedad profesional cubierta por el SCTR reciben los cuidados de salud por parte de los proveedores con de la EPS o de EsSalud, dependiendo de con quien contratara el empleador. Si el empleador cuenta con un establecimiento de salud propio, no queda eximido de contratar el SCTR, pero puede llegar a acuerdos con los proveedores de salud, para que éstos presten la cobertura de salud del SCTR en su establecimiento de salud²⁵.

Gráfico 5 Flujos Financieros y Reales en el SCTR



En este mercado las EPS compiten por captar entidades empleadoras y dar a sus trabajadores una cobertura del SCTR diferenciada de la que proporciona EsSalud.

Para incentivar la competencia en este producto la normativa establece que si la entidad empleadora no ha contratado el seguro regular con una EPS, puede contratar el SCTR con cualquier EPS. (Si ya tiene seguro regular contratado con una EPS el

²⁵ Hay que recordar que algunos centros de trabajo se encuentran muy alejados de zonas urbanas y no hay centros de salud en las inmediaciones.

SCTR deberá ser contratado con esa misma EPS.) En la práctica las EPS son unidades de grandes aseguradoras que comercializan todo tipo de seguros. La competencia entre EPS por el SCTR es limitada porque las entidades empleadoras que desean contratarlo se ven condicionadas a hacerlo con aquella cuya EPS que les proporciona habitualmente coberturas para el resto de riesgos de la entidad empleadora.

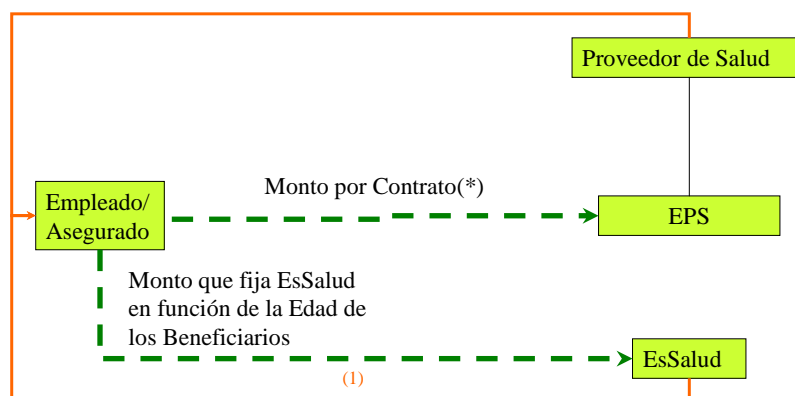
El último producto que ofrecen las EPS es el seguro potestativo. La finalidad del seguro potestativo es dar la cobertura de seguro social privado a aquellos trabajadores que no cumplen por razón de su trabajo con los requisitos para acceder al seguro regular.

Sólo el 2% de los afiliados al sistema de EPS lo son en la modalidad de seguro potestativo. Los flujos del seguro potestativo aparecen esquematizados en el Gráfico 6. El asegurado paga un monto a la EPS o a EsSalud (en este caso existen ciertas restricciones) a cambio de la protección que ofrece el seguro potestativo.

Aunque formalmente existe la oferta de seguros potestativos, en la práctica las EPS se están limitando a mantener a los actuales asegurados y tratan de desviar, mediante precios prohibitivos, la demanda de seguro potestativo hacia otros seguros de salud que ofrecen las aseguradoras y no las EPS.

Gráfico 6 Flujos Financieros y Reales en el Seguro Potestativo

Seguro Potestativo



(*) Pactado entre las Partes

Flujos Financieros

Flujo de Servicios de Salud

(1) Actualmente EsSalud tiene limitada la oferta de sus seguros potestativos a afiliados provenientes de los Regímenes Especiales de EsSalud.

1.4 Características de la Oferta de los Productos o Servicios

En esta sección se explica la evolución del número de oferentes en el mercado de las EPS, los grupos económicos a los que pertenecen y la organización industrial del mercado.

Actualmente sólo dos empresas autorizadas a operar como EPS en el mercado peruano: Rimac Internacional S.A. EPS (Rimac, de aquí en adelante) y Pacífico S.A. EPS (Pacífico de aquí en adelante).

Rimac y Pacífico operan en el mercado de EPS desde 1998 y 1999 respectivamente. Hasta el mes de Agosto del 2004 existió otra empresa más autorizada a operar como EPS: Novasalud Perú S.A. EPS (Novasalud de aquí en adelante). En ese mes, la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud (SEPS) autorizó la fusión por absorción de Novasalud por Pacífico.

Esta es la segunda fusión desde que se instituyera el sistema de seguro social privado y el mercado comenzase a operar en 1998. En este año la SEPS autorizó el funcionamiento de tres EPS. En Agosto del 1998 autorizó a operar a Rimac; Santa Cruz S.A. EPS fue autorizada en Octubre; un mes más tarde, en Noviembre, la SEPS autorizó a Novasalud. En Agosto del 1999 Pacífico consiguió su autorización para operar en el mercado.

Un año más tarde, en el segundo trimestre del 2000, Rimac absorbió a Santa Cruz por fusión, de forma que para Junio del 2000 sólo quedaban tres EPS en el mercado. No hubo más solicitudes de entrada al mercado ni más adquisiciones hasta la ya mencionada de Pacífico y Novasalud en Marzo del 2004 que culminó con la fusión en Agosto del 2004.

Rimac y Pacífico pertenecen a las compañías de seguros del mismo nombre. Rimac Internacional S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros, cuenta con el 99.3% de las acciones de Rimac EPS. Por su parte, El Pacífico-Peruano Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros tiene el 43.1% del capital social de Pacífico EPS. (El capital restante está en manos de Corporación Novasalud, la EPS a la que fusionó por absorción.)

Las compañías aseguradoras a las que pertenecen Rimac y Pacífico forman parte, a su vez, de dos de los grupos empresariales más importantes del Perú²⁶: el Grupo Brescia y el Grupo Romero.

El Grupo Brescia, uno de los mayores conglomerados empresariales del país, cuenta con importantes participaciones en el sector financiero (BBVA Banco Continental, AFP Horizonte), en el sector minero (Minsur, Compañía Minera Raura), en el sector hotelero (Cadena de Hoteles Libertador), en el sector de alimentación (Hoja Redonda) y en el sector Salud (Clínica Internacional).

El Grupo Romero, asimismo un importantísimo grupo de empresas, controla: bancos (BCP), empresas textiles (Universal Textil y Textil Piura), empresas de gestión de puertos (Tisur, Tramarsa), empresas de logística (Ramsa), empresas de alimentación y productos de consumo (Alicorp).

²⁶ Diario Electrónico Business Peru. Grupos económicos. El poder empresarial bajo la lupa. Marzo 2004. Disponible en http://www.businessperu.com.pe/2004/Marzo/INFORMES/INFO1/Centro_Informe1.htm

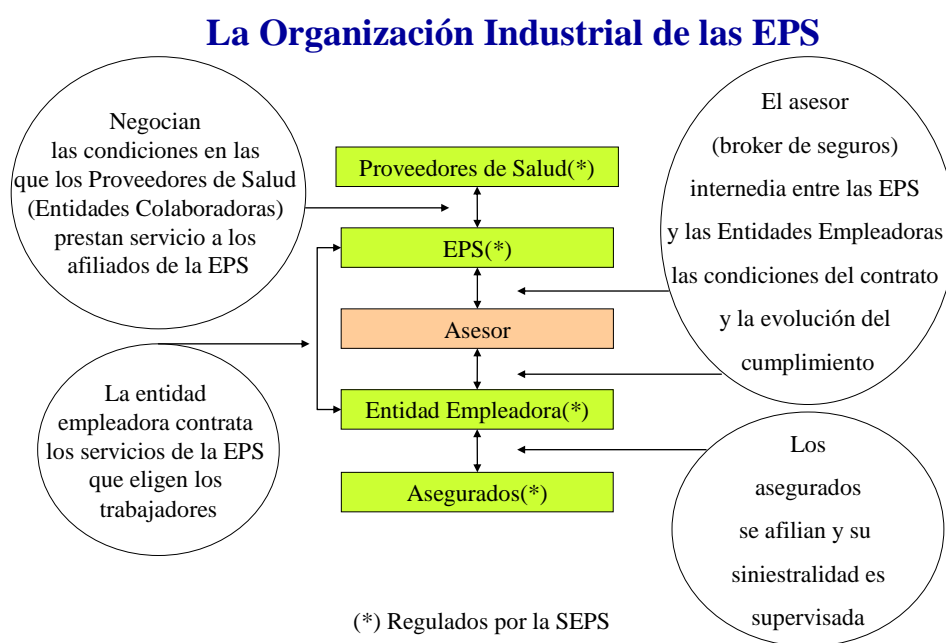
Algunas de las empresas que pertenecen a estos grupos están en el listado las veinte mayores empresas por asegurados regulares del sistema de EPS²⁷. Por ejemplo, el Banco de Crédito, y Alicorp, del Grupo Romero, aparecen en las posiciones número 2 y 17, mientras que BBVA, del Grupo Brescia, se encuentra en la séptima posición.

1.4.1 La organización industrial del mercado de las EPS

En el Gráfico 7 se muestran los actores principales en el mercado de las EPS, para su producto más importante: el seguro regular.

El mercado del seguro social de salud pone en contacto a los proveedores de estos servicios (médicos, clínicas, hospitales) con los consumidores de los mismos (los trabajadores afiliados y sus derechohabientes) a través de las EPS. En el esquema aparecen también las entidades empleadoras, ya que es en el marco de éstas donde se produce la elección de la EPS por parte de los trabajadores y los asesores de seguros que median entre la entidad empleadora y las EPS.

Gráfico 7 La Organización Industrial del Seguro Regular de las EPS



El primer eslabón de la cadena son los proveedores de salud. Los proveedores de salud producen servicios que mejoran la salud de los pacientes en caso de accidente o enfermedad o previenen contra el deterioro de la misma realizando acciones preventivas. Los proveedores de salud son consultorios médicos, clínicas hospitalares, servicios de traslado de pacientes, etc.

No todos los proveedores de salud forman parte del mercado al que pueden acudir las EPS para contratar servicios para sus asegurados. Para que esto suceda, los proveedores han de estar inscritos en el Registro de Empresas y Entidades que

²⁷ El último listado publicado corresponde al Boletín Estadístico correspondiente al Cuarto Trimestre del 2004, publicado por la SEPS. El boletín se encuentra disponible en la página web de la SEPS: <http://www.seps.gob.pe/publicaciones/boletines.htm>

NO DEBE SER UTILIZADO DE REFERENCIA

Prestan Servicios de Salud Vinculados a los Planes de salud que Prestan las Entidades Prestadoras de Salud. La creación del Registro está contemplada en la ley²⁸ y está reglamentado por la SEPS²⁹.

El reglamento³⁰ contempla diversas categorías de entidades que deben registrarse:

- Establecimientos de Salud:
 - Consultorio Médico Particular;
 - Policlínico;
 - Centro Médico;
 - Hospital Particular / Clínica;
 - Instituto Médico o de Salud;
 - Servicios Médicos de Apoyo;
 - Centro de Apoyo Médico;
 - Servicios de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico;
 - Servicio de Traslado de Pacientes;
- Servicios de Atención Domiciliaria;
- Administradoras de Servicios de Salud brindados por Terceros.

Actualmente³¹ hay inscritas en el registro 605 entidades. En el siguiente cuadro se muestra la distribución por tipo.

Tabla 1 Empresas y Entidades Vinculadas al Sistema de EPS

Tipo de Entidad Inscrita	Número
Consultorios Médicos Particulares	138
Clínicas	103
Consultorios Odontológicos	81
Servicios de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico	76
Policlínicos Odontológicos	57
Policlínicos Médicos	41
Centros Médicos	28
Servicios de Atención Domiciliaria de Salud	24
Centros Odontológicos	19
Administradoras de Servicios de Salud Brindados por Terceros	12
Servicios de Traslado de Pacientes	8
Institutos	6
Centro de Apoyo Médico	4
Hospitales	3
Otros Establecimientos	3
Clínicas Especializadas	2

Fuente: Bases de Datos del Registro de Entidades Colaboradoras. SEPS, Junio 2005.

Los proveedores de salud vinculados al sistema de EPS, además de ofrecer sus servicios al resto de sus clientes, negocian con las EPS las condiciones en que los afiliados a las mismas serán atendidos por los proveedores. Las condiciones especifican el pago por cada tipo de acto médico prestado al afiliado que la EPS debe realizar al proveedor, o el copago, según su plan, que debe afrontar el paciente, dentro de las limitaciones que establece la ley³².

²⁸ Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, Decreto Supremo N° 009-97-SA.

²⁹ Resolución de Superintendencia N° 026-2001-SEPS/CD.

³⁰ Ver Artículo 3°.

³¹ La consulta a la base de datos del Registro de Entidades Colaboradoras fue efectuada el día 10 de Junio del 2005.

³² Por ejemplo, las atenciones de urgencia o maternidad no pueden estar sujetas a copago.

NO DEBE SER UTILIZADO DE REFERENCIA

Por lo general, los proveedores no suelen prestar sus servicios de forma exclusiva a una EPS, sino que dan servicio a afiliados a ambas EPS. Como se puede ver en la Tabla 2 la mayoría de proveedores tienen concierto con Pacífico y Rimac simultáneamente.

Tabla 2 Proveedores de Salud y EPS Vinculadas

Tipo de Entidad Inscrita	Pacífico	Pacífico y Rimac	Rimac	Total
Consultorios Médicos Particulares	31	10	97	138
Clínicas	10	89	4	103
Consultorios Odontológicos	16	42	23	81
Servicios de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico	15	49	12	76
Policlínicos Odontológicos	9	34	14	57
Policlínicos Médicos	13	21	7	41
Centros Médicos	6	21	1	28
Servicios de Atención Domiciliaria de Salud	6	12	6	24
Centros Odontológicos	3	13	3	19
Administradoras de Servicios de Salud Brindados por Terceros	3	3	6	12
Servicios de Traslado de Pacientes	1	6	1	8
Institutos	1	5	-	6
Centro de Apoyo Médico	1	1	2	4
Hospitales	1	2	-	3
Otros Establecimientos		2	1	3
Clínicas Especializadas	1	1	-	2
Total	117	311	177	605

Fuente: Bases de Datos del Registro de Entidades Colaboradoras. SEPS, Junio 2005.

Geográficamente, la gran mayoría de los proveedores se encuentra en el departamento de Lima. En la Tabla 3 se proporciona la distribución por departamentos de las entidades proveedoras de salud vinculadas a las EPS. La Tabla 4 muestra la distribución por departamentos de los proveedores de salud más frecuentes: los consultorios médicos y las clínicas

Los proveedores de salud con los que la EPS contrata determinan la capacidad máxima de afiliación autorizada que cada EPS puede llegar a tener en una provincia. La SEPS determina dicho límite mediante una fórmula en la que, además del tipo y la cantidad de proveedores en cada provincia, se emplean parámetros epidemiológicos de uso esperado de los servicios de salud.

NO DEBE SER UTILIZADO DE REFERENCIA

Tabla 3 Distribución Geográfica de los Proveedores de Salud y EPS Vinculadas

Departamento	Pacífico	Pacífico y Rimac	Rimac	Total
ANCASH	3	10	4	17
AREQUIPA	29	20	18	67
AYACUCHO	-	2	-	2
CAJAMARCA	4	5	-	9
CALLAO	1	4	-	5
CUSCO	2	7	8	17
HUANUCO	-	1	1	2
ICA	1	7	1	9
JUNIN	1	8	3	12
LA LIBERTAD	4	12	2	18
LAMBAYEQUE	7	6	1	14
LIMA	57	173	134	364
LORETO	-	6	-	6
MOQUEGUA	-	1	-	1
PASCO	-	2	-	2
PIURA	5	27	2	34
PUNO	-	4	1	5
SAN MARTIN	1	3	-	4
TACNA	1	7	1	9
TUMBES	-	1	-	1
UCAYALI	1	5	1	7
Total	117	311	177	605

Fuente: Base de Datos del Registro de Entidades Colaboradoras. SEPS, Junio 2005.

Una vez que una entidad empleadora decide convocar un concurso para contratar a una EPS, las EPS configuran las ofertas a sus clientes con los servicios de los proveedores de salud con los que han llegado a un acuerdo para tal fin. La oferta de la EPS especifica el acceso a determinados proveedores, para las prestaciones obligatorias y potestativas de los planes, es decir, la capa simple y la capa compleja, bajo determinadas condiciones de copago y de costo mensual para el afiliado.

La oferta que la EPS presenta a los trabajadores tiene muchas dimensiones. Las más relevantes son:

- Monto del plan básico
- Monto del plan adicional
- Copago ambulatorio fijo (por red de proveedores)
- Coseguro, o copago variable, ambulatorio (por red de proveedores)
- Copago hospitalario fijo (por red de proveedores)
- Coseguro, o copago variable, hospitalario (por red de proveedores)
- Número de redes de proveedores

NO DEBE SER UTILIZADO DE REFERENCIA

Tabla 4 Distribución Geográfica de los Consultorios Médico y Clínicas

Departamento	Consultorios Médicos	
	Particulares	Clínicas
ANCASH	-	6
AREQUIPA	39	5
AYACUCHO	-	2
CAJAMARCA	-	5
CALLAO	-	1
CUSCO	5	3
HUANUCO	-	1
ICA	1	4
JUNIN	-	7
LA LIBERTAD	-	4
LAMBAYEQUE	-	5
LIMA	89	38
LORETO	-	3
MOQUEGUA	-	
PASCO	-	2
PIURA	3	8
PUNO	-	2
SAN MARTIN	-	3
TACNA	1	2
TUMBES	-	1
UCAYALI	-	1
Total	138	103

Fuente: Fuente: Bases de Datos del Registro de Entidades Colaboradoras. SEPS, Junio 2005.

Las EPS hacen llegar a los trabajadores sus propuestas mediante sus propios departamentos comerciales. El esfuerzo comercial de las EPS se efectúa sobre todo antes de las votaciones en las que los trabajadores deciden el ganador del concurso. Fuera de estos periodos, la mayor parte de la comunicación entre las EPS y las entidades empleadoras se produce a través de los asesores de seguros.

Los asesores de seguros realizan una labor de intermediarios entre las EPS y las entidades empleadoras. Son profesionales independientes que no forman parte del departamento comercial de las EPS pero que contribuyen a la captación de nuevos clientes para el sistema. Una vez que la entidad empleadora entra a formar parte del sistema de EPS, el asesor gestiona, entre otras cosas, las reclamaciones y reembolsos, que la entidad empleadora o sus trabajadores realizan a su EPS. Las EPS retribuyen a los asesores de seguros por la captación de nuevos clientes y la gestión de sus trámites, con un porcentaje de las aportaciones que pactan con los asesores.

La figura del asesor de seguros no está regulada. Generalmente son corredores de seguros que están frecuentemente en contacto con las entidades empleadoras por asuntos relacionados con los seguros en los que intermedian. (El papel que interpretan los asesores de seguros se explica con detalle en este informe en la sección de Características de los Sistemas de Distribución y Comercialización.)

El último eslabón de la cadena son los usuarios de las EPS. Aunque los usuarios finales son los trabajadores, la entidad empleadora desempeña un importante papel.

NO DEBE SER UTILIZADO DE REFERENCIA

En primer lugar, es la entidad empleadora la que organiza el concurso. Una vez que la planilla ha votado y una EPS resulta ganadora, los trabajadores pueden optar por únicamente dos alternativas: adherirse a ese contrato o asegurarse en EsSalud.

En segundo lugar, la entidad empleadora también supervisa la evolución de la siniestralidad del contrato. Una vez que se reciben los reportes de siniestralidad, los responsables de recursos humanos de la entidad empleadora ponen en conocimiento de los trabajadores, particularmente entre aquellos que presentan siniestralidades más altas, las medidas correctoras que se van a derivar del alto uso de los servicios.

Los usuarios finales, los asegurados, pueden ser los propios afiliados o sus derechohabientes. Los afiliados tienen la potestad de contratar cobertura para sus dependientes: cónyuges e hijos hasta los 18 años. Las EPS también ofrecen planes especiales para los hijos de entre 18 y 25 años, así como para los padres. Todos ellos son los usuarios del sistema.

Tanto las entidades empleadoras como los usuarios finales son los demandantes de los productos y servicios que las EPS ofertan. Las características de la demanda se estudian en el Capítulo II. En la siguiente sección se profundiza el análisis de la comercialización de los servicios de las EPS.

1. 5 Características de los Sistemas de Distribución y Comercialización

Cuando una entidad empleadora, sea por iniciativa de la dirección, o de los trabajadores, decide convocar un concurso para elegir a una EPS, lo más habitual es que acuda a un asesor de seguros para recabar información sobre las condiciones que pueden ofrecerle las EPS.

Un asesor de seguros es una persona natural o jurídica que pone en contacto a la entidad empleadora y a la EPS, primero, en las fases previas a la convocatoria del concurso, y posteriormente, gestiona reclamos y está pendiente de la evolución del contrato con la EPS durante la vida del mismo. El asesor gestiona ante la EPS reclamos de todo tipo provenientes de la entidad empleadora o sus empleados. Pueden ser cuestiones relacionadas con la calidad de la atención que un empleado recibe, asuntos relacionados con reembolsos que la EPS debe efectuar a un asegurado, o problemas con la facturación de algunos servicios.

El papel que interpreta el asesor de seguros es similar a la del corredor de seguros; de hecho, suelen coincidir en una misma persona. No obstante, mientras que la figura del corredor de seguros está regulada por la Superintendencia de Banca y Seguros (SBS)³³, no existe una regulación para los asesores de seguros que operan en el mercado de las EPS.

Debido a que las EPS que hoy operan en el mercado forman parte de grupos aseguradores, los corredores que intermedian en los seguros que las entidades empleadoras suscriben también ejercen como asesores de en el mercado de seguros de las EPS.

El asesor conoce en la entidad empleadora que va a organizar un concurso para contratar una EPS para sus empleados. El asesor contacta con las EPS para indagar cómo pondrían ser sus ofertas para una entidad empleadora cuyos trabajadores tienen

³³ Ver Ley General del Sistema Financiero y del Sistema de Seguros, Ley N°26.702 Capítulo II *Intermediarios de Seguros* Sub Capítulo I *Corredores de Seguros*. En el Reglamento del Registro del Sistema de Seguros el Capítulo I *De los Corredores de Seguros*, del Título IV *De los Intermediarios*, especifica detalladamente las funciones y deberes de los corredores de seguros.

NO DEBE SER UTILIZADO DE REFERENCIA

determinadas características de edad, sexo, y otras características relevantes para determinar el riesgo de uso de los servicios de salud.

El asesor hace conocer a la entidad empleadora las primeras ofertas de las EPS. Hasta el momento en que las EPS han de presentar de manera formal sus ofertas, entre 10 y 20 días antes de la elección por parte de los trabajadores, tiene lugar, a través del asesor de seguros, un proceso de ajuste hasta que las EPS hacen conocer al empleador cuáles serán las ofertas que presentarán formalmente.

Finalmente, las EPS presentan al jefe de recursos humanos de la entidad empleadora sus ofertas de manera formal, en sobre cerrado. Los sobres se abren en presencia de los representantes de las EPS y del asesor. La entidad empleadora las da a conocer las ofertas de cada EPS a los trabajadores, para que estos las evalúen de acuerdo a su criterio, y puedan elegir la más conveniente el día de la votación.

Con el fin de difundir al máximo entre los trabajadores las características de los planes que las EPS ofrecen, la entidad empleadora coordina con los departamentos comerciales de las EPS, la realización de charlas informativas y el reparto de folletos informativos a los trabajadores.

Si el resultado de la votación es válido, la EPS comenzará a prestar cobertura a los trabajadores que lo soliciten. El asesor se encarga de gestionar las reclamaciones que se producen como consecuencia del uso de los servicios médico por parte de los asegurados. De nuevo tiene un rol de mediador entre la entidad empleadora y la EPS.

Además de la gestión de trámites por el uso de los servicios, algunos asesores supervisan regularmente, junto con los responsables de personal de la entidad empleadora, las cifras de siniestralidad de sus empleados.

El motivo de la supervisión es evitar que una siniestralidad elevada desencadene el reajuste automático de los aportes a la EPS, los copagos a los proveedores, la cobertura de seguro, o una combinación de las opciones anteriores. Los valores de los reajustes automáticos, así como la fórmula de cálculo de la siniestralidad, están estipulados en el contrato. La validez del reajuste, si es que ha lugar debido a la siniestralidad observada, será de seis meses, aunque este plazo puede ser menor por acuerdo entre las partes.

Las variables del contrato que pueden ser objeto de ajuste son:

- la aportación mensual por parte del trabajador,
- el límite de la cobertura,³⁴
- el copago (cantidad fija por uso del servicio),
- el copago variable o coaseguro (porcentaje monto del servicio),
- el cambio de red de los proveedores³⁵.

Por el contrario si la entidad empleadora presenta una siniestralidad baja, el asesor puede solicitar para el siguiente periodo de revisión medidas a favor de los asegurados como:

- aumento de la cobertura,
- aumento de los beneficios incluidos en la capa compleja,

³⁴ Para el uso de los servicios de la capa complementaria, ya que la capa simple ha de tener por ley cobertura ilimitada.

³⁵ Los copagos, fijos y variables, que tiene que afrontar el asegurado por acudir a una clínica u hospital dependen de la red en que se encuentren. Si la siniestralidad se está incrementando debido a que los trabajadores de una entidad empleadora acuden con frecuencia una determinada clínica, una forma de contener el consumo es reubicar la clínica en una red en la que los copagos son más altos.

NO DEBE SER UTILIZADO DE REFERENCIA

- reducción de los copagos.

Por lo tanto, el asesor de seguros interpreta un papel de mediador entre la entidad empleadora y la EPS tanto antes de la firma del contrato como después del mismo. El asesor de seguros realiza su tarea de intermediación entre la entidad empleadora y la EPS en el marco general de las labores que realiza como corredor de seguros.

La influencia que el asesor pueda tener en el grado de competencia en el mercado de las EPS es incierta. Por una parte, el que alguien recabe ofertas de las distintas EPS favorece la competencia (dos es el mínimo de ofertas que deben presentarse para que un concurso sea declarado válido). Sin embargo, el hecho de que un intermediario, no perteneciente a la entidad empleadora canalice la información de las ofertas puede favorecer actitudes colusorias: las ofertas de una EPS pueden llegar a ser conocidas por el resto facilitando así una posible colusión.

Tampoco está claro cómo influencia en el grado de competencia entre EPS la actividad que el asesor tiene como corredor de seguros, y su relación con las aseguradoras. El asesor percibe de la EPS un porcentaje de los aportes que los asegurados de una empresa pagan a la misma. El asesor, en su rol de corredor de seguros, recibe de la empresa de seguros (que puede ser del mismo grupo empresarial de la EPS) una comisión por los contratos de seguros que suscribe. Tanto el porcentaje sobre los aportes, en el caso del contrato con la EPS, como la comisión en el caso de los contratos de seguros son fijados libremente entre las partes.

El asesor/corredor puede incluir el contrato con la EPS, o la renegociación de éste, en una negociación más amplia que incluya al resto de contratos de seguros que la entidad empleadora celebra con la compañía de seguros a la que pertenece la EPS y en los que el asesor es mediador.

Capítulo II Determinación del Mercado Relevante

2.1 Resumen del Capítulo II

En este capítulo se determinan los mercados relevantes de las EPS. Por sus características legales los dos productos principales, el seguro regular y el SCTR, que ofrecen las EPS están en mercados relevantes distintos, puesto que por ley no son sustituibles sino todo lo contrario: el SCTR se concibió como un complemento del seguro regular. El capítulo sólo tiene una sección: Segmentación del Mercado de las EPS.

Las conclusiones de este capítulo son que las EPS se han centrado en empresas con gran número de trabajadores, que operan en la economía formal y que pagan salarios más altos que las empresas promedio de la economía. Por consiguiente en el mercado relevante del seguro regular sólo estarían incluidos productos de seguro privados como la medicina prepagada y el autoseguro. No obstante, hay que recalcar que cada uno de ellos compite en una fase distinta del proceso de demanda: el autoseguro en la fase institucional de la demanda, y la medicina prepagada en la fase individual. Por consiguiente, son sustitutos muy imperfectos del seguro regular. El SCTR no tiene sustitutos.

2.2 Segmentación en el Mercado de las EPS

Las EPS tienen segmentados sus mercados por el tipo de productos que pueden ofrecer: seguro regular, SCTR y potestativo. Bajo este punto de vista cada segmento es un mercado independiente en el que las EPS pueden competir entre ellas y además pueden afrontar la competencia de productos ofertados fuera del sistema de EPS.

Dado que las EPS ofrecen aseguramiento a los individuos, pero dentro de un sistema de seguro social, existen dos niveles de demandantes para los productos y servicios de las EPS y los productos que son sus sustitutos en alguna manera:

- la demanda institucional, por entidades empleadoras, y
- la demanda individual, por parte del trabajador.

Dependiendo del tipo de producto ante el que nos encontremos³⁶, estaremos ante uno u otro tipo de demanda. La siguiente tabla ilustra el tipo de demanda que afronta cada producto.

Tabla 5 Tipos de Demanda

	EPS		No EPS	
	Seguro Regular	SCTR	Seguro Potestativo	Medicina Prepagada Autoseguro
Demanda Institucional	X	X		X
Demanda Individual	X		X	X

La demanda del seguro regular es tanto institucional como individual. Es institucional porque el trabajador individual, si desea tener cobertura en el sistema de EPS, ha de adherirse al seguro con la EPS que ha contratado su entidad empleadora por decisión de la mayoría de trabajadores; el trabajador individual no tiene la opción de contratar el seguro con otra EPS.

³⁶ Los productos fueron analizados en la primera sección de este informe.

NO DEBE SER UTILIZADO DE REFERENCIA

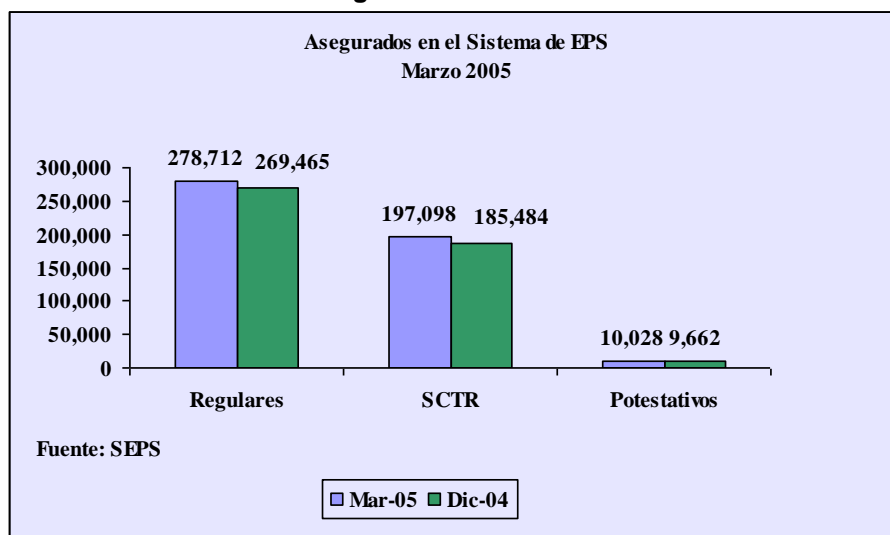
No obstante, el trabajador puede decidir no adherirse a la EPS y tener cobertura a través de EsSalud. En este sentido, la decisión de demanda es individual.

En el caso del SCTR es la empresa la que demanda tener esta cobertura en el sistema de EPS y no en EsSalud.

Por lo que respecta a los productos alternativos, en el caso de la medicina prepagada la demanda es individual, dado que la decisión de contratar es puramente individual. Por el contrario, en el caso del autoseguro, es la empresa la que toma la decisión de suscribir esta modalidad de seguro para sus trabajadores.

El seguro regular es el producto más demandado de las EPS, como se observa en el Gráfico 8. Según datos de la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud³⁷, en Diciembre del 2004 había 269,465 asegurados regulares³⁸, que obtienen cobertura mediante los contratos firmados con 1,338 entidades empleadoras.

Gráfico 8 Asegurados en el Sistema de EPS



Fuente: SEPS.

La mayor parte de los asegurados son trabajadores (o sus derechohabientes) de un reducido número de grandes entidades empleadoras. Esta es, pues, la primera característica de los demandantes institucionales del seguro regular: el tamaño. Esto no significa que no haya entidades empleadoras pequeñas que demanden seguro regular para sus empleados, pero es un hecho que la inmensa mayoría de los afiliados al seguro regular trabaja en grandes entidades como se ilustra en la siguiente tabla.

Tabla 6 Concentración en la Demanda Institucional de Seguro Regular

% sobre Total de Asegurados	Número de Entidades	% sobre Total de Entidades
50%	46	3.4%
80%	230	17.3%

Fuente: SEPS.

³⁷ Boletín Estadístico de la SEPS N°4, Octubre-Diciembre 2004.

³⁸ El último dato de afiliados disponible es de Marzo del 2005: 278,712 asegurados regulares en el sistema. De ellos 106,646 eran afiliados y 172,066 eran derechohabientes.

NO DEBE SER UTILIZADO DE REFERENCIA

Además del tamaño, las entidades empleadoras que han demandado seguro regular para sus empleados presentan las siguientes características, según un estudio de la consultora Apoyo³⁹:

- Son entidades que pagan sueldos más altos que el promedio de la economía, y
- La dispersión de los sueldos entre los empleados no es muy grande.

Ambas características están relacionadas con el tamaño. Las grandes entidades, particularmente empresas, por lo general pagan mejor a sus empleados que las pequeñas, y el tener un mayor número de trabajadores posibilita una estandarización de funciones, y por lo tanto de salarios, lo que suele reducir la dispersión.

Las tres características mencionadas hasta ahora son importantes para la demanda. El tamaño da estabilidad a la empresa, reduce los costos de cobranza a los afiliados a la EPS y permite la creación de planes más atractivos porque permiten diluir el riesgo entre un mayor número de trabajadores; el mayor salario da capacidad adquisitiva para que el trabajador pueda afrontar la aportación mensual; y, por último, la baja dispersión de sueldos facilita que exista una mayoría de trabajadores que comparta los mismos intereses en materia de cobertura sanitaria (por ejemplo, que tengan una disposición a pagar semejante), y por tanto, esa mayoría pueda votar favorablemente a un plan que satisfaga esos intereses.

Por lo que respecta al componente individual de la demanda del seguro regular, no existen datos sobre las características que distinguen a los trabajadores que deciden contratar el seguro con al EPS en lugar de hacerlos con EsSalud. En cualquier caso parece lógico suponer que son trabajadores que tienen un salario suficiente como para poder dedicar parte del mismo al aporte mensual, y con dependientes a cargo, a los que les resultaría mucho más costoso obtener una cobertura sanitaria de calidad similar a la que la EPS proporciona por otra vía.

El seguro complementario de trabajo de riesgo el es otro producto importante de las EPS, como se aprecia en el Gráfico 8. En Diciembre del 2004 había 185,484 afiliados al SCTR correspondientes a 1,800 entidades empleadoras.

Tabla 7 Concentración en la Demanda Institucional de SCTR

% sobre Total de Asegurados	Número de Entidades	% sobre Total de Entidades
50%	104	5.8%
80%	360	20.0%

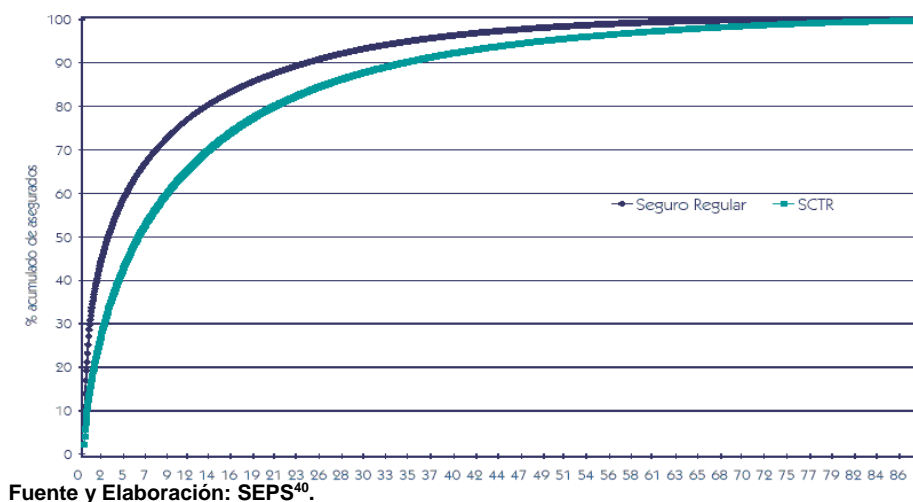
Fuente: SEPS.

La demanda de SCTR tiene un componente puramente institucional. Al igual que sucede en el seguro regular, la característica principal de las entidades empleadoras que demandan el SCTR con las EPS es su tamaño. Un reducido número de empresas, como se muestra en la Tabla 7, tiene grandes porcentajes del total de trabajadores con SCTR en el sistema de EPS.

³⁹ Apoyo Consultoría. Estudio: Factores que Determinan el Mercado de las EPS, 2001.

Gráfico 9 Concentración en la Demanda del Seguro Regular y del SCTR

Diagrama de Pareto de Asegurados Regulares y SCTR por Entidad Empleadora - diciembre de 2004



Además del tamaño, aunque también tiene que ver con éste, la otra característica que tienen las empresas que contratan el SCTR con las EPS, es que tienen una liquidez que les permite afrontar el pago del SCTR con la EPS, más oneroso que con EsSalud.

En resumen, la característica más importante de los demandantes institucionales de las EPS es el tamaño. Grandes instituciones acaparan la demanda tanto en el caso del seguro regular como en el del SCTR. El Gráfico 9 muestra la concentración de la demanda institucional del seguro regular y del SCTR en el sistema de EPS.

⁴⁰ Boletín Estadístico de la SEPS N°4, Octubre-Diciembre 2004. Pág. 15.

Capítulo III Medición de las Cuotas de Mercado

3.1 Resumen del Capítulo III

En este capítulo se muestran los datos de la evolución cuantitativa de las principales variables del mercado. Consta de tres secciones

- Datos de la evolución del sector, donde se proporcionan las cuotas de mercado de los diversos productos que las EPS ofrecen. La información se complementa con la evolución de otras variables que influyen en el grado de competencia en el mercado, tales como el número de proveedores de salud (capacidad de las EPS), y la siniestralidad (costos de las EPS). Por último se proporcionan datos sobre la rentabilidad, dado que en última instancia, las posibles prácticas anticompetitivas acabarían por manifestarse en unas tasas de retorno por encima de la tasa de retorno de la economía.
- Análisis de concentración, donde con los datos sobre cuotas de mercado, se han calculado los Índices de Herfindahl-Hirschman y de Dominancia para conocer el grado de concentración en el mercado tanto del seguro regular como del SCTR.
- Análisis de barreras a la entrada, donde se intenta vislumbrar si nuevos oferentes pueden acceder al mercado. Las cuotas de mercado y la concentración dependen del número de competidores ya presentes en el mismo. En esta sección se ha realizado un análisis de las barreras a la entrada que deberían superar posibles nuevos competidores.

Del capítulo se extraen las siguientes conclusiones.

Por lo que respecta a la capacidad de las EPS no se han detectado problemas. Los oferentes no tienen problemas de acceso a facilidades esenciales. Aunque el número de proveedores ha disminuido, la capacidad en términos del número máximo de asegurados que las EPS pueden admitir está aumentando.

El volumen del mercado presenta una tendencia creciente, tanto en número de asegurados como en el volumen de aportes.

La reducción en el número de oferentes ha llevado a una gran concentración en el mercado, que se ha acentuado por el liderazgo en cada producto de una de las dos EPS que aún permanecen. Este hecho es potencialmente peligroso para la competencia. Sin embargo, los aportes promedios (los precios que paga el asegurado) han permanecido bastante estables, a pesar de la creciente concentración. La rentabilidad de las EPS ha sido baja desde los inicios del sistema. Por lo que respecta a las barreras de entrada, no parecen ser significativas, por lo que las EPS, afrontan la amenaza de potenciales entrantes si, como resultado de posibles prácticas anticompetitivas, los precios de sus productos subieran sostenidamente por encima de los costos.

3.2 Datos de la Evolución del Sector

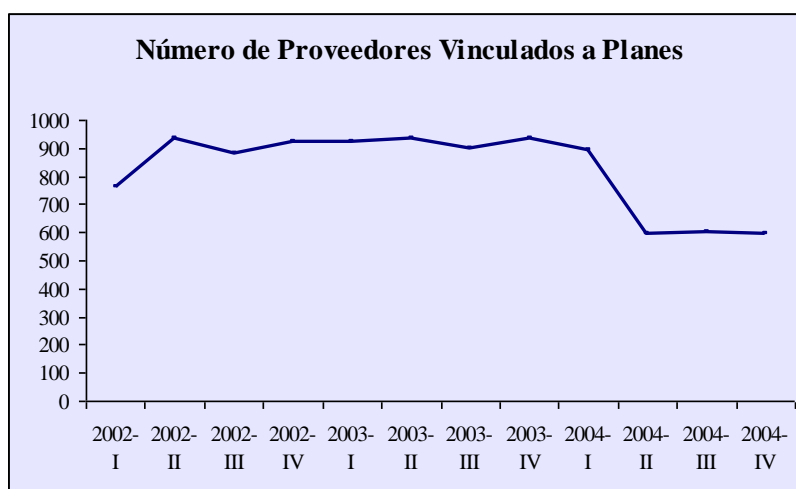
3.2.1 Proveedores en el sistema de EPS

NO DEBE SER UTILIZADO DE REFERENCIA

El primer indicador relevante sobre la evolución del mercado es el número de proveedores, al final de cada trimestre, que con los que las EPS tenían concertada la prestación de servicios de salud a sus asegurados.

Aunque la cantidad total de proveedores ha disminuido desde 2002, hay que hacer notar que la disminución experimentada en el primer semestre del 2004 fue debida a una resolución de la SEPS⁴¹ que establecía la inscripción obligatoria en el Registro de Empresas y Entidades vinculadas a las Entidades Prestadoras de Salud de todos los proveedores de salud. Hasta entonces, muchos de los proveedores, sobre todo consultorios dentales, estaban inscritos de forma colectiva con una Administradora de Servicios de Salud⁴². Muchos establecimientos que estaban en esa situación no se reinscribieron individualmente y fueron eliminados del registro.

Gráfico 10 Proveedores de Salud Vinculados a Planes



Fuente: Boletines de la SEPS

Aparte de este hecho especial en el primer semestre del año pasado, el número de proveedores a partir de entonces ha ido aumentando ligeramente. En todo caso hay que constatar que la capacidad máxima de afiliación autorizada aumentó durante el 2004 en un 104% para Rimac y un 15% para Pacífico. Es decir, el tamaño de planta de las EPS está aumentando, tanto en capacidad máxima de afiliados por EPS como en cobertura geográfica por provincias.

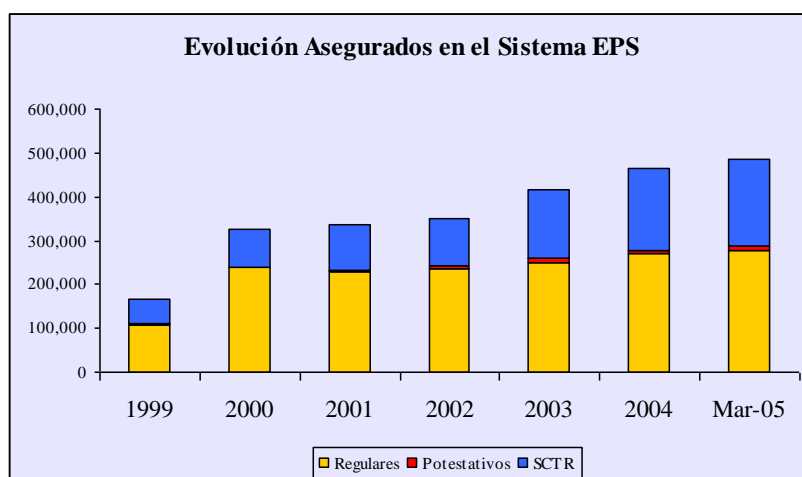
3.2.2 Asegurados en el sistema

Sin duda éste es uno de los indicadores más importantes. El Gráfico 11 muestra la evolución del número total de asegurados en el sistema desde sus inicios hasta el último dato disponible, el de Marzo de este mismo año. En él gráfico se muestra el total de asegurados por cada tipo de producto del sistema. Se pueden apreciar tres características básicas en la evolución del número de asegurados: tendencia creciente del total, sobre todo a partir del 2002; tendencia creciente de los asegurados regulares y del SCTR; y, baja importancia del seguro potestativo.

⁴¹ SEPS. Resolución N°081-2003-SEPS/CD

⁴² Las Administradoras de Servicios de Salud suelen ser gestorías de pequeñas clínicas y consultorios que se unieron para poder ser incluidos como proveedores de las EPS. Hasta Diciembre del 2003 se distinguía entre las entidades vinculadas registradas y los establecimientos o servicios de salud vinculados a los planes.

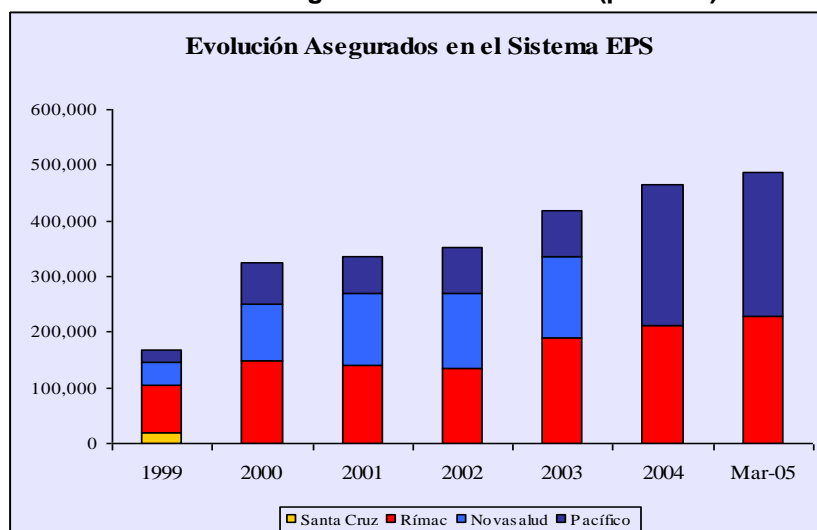
Gráfico 11 Asegurados en el Sistema de EPS (Total de Productos)



Fuente: SEPS.

El Gráfico 12 muestra la evolución de esta variable, por EPS. En el se observa el proceso de concentración que ha sufrido este mercado, desde que había cuatro EPS en el inicio hasta las dos que actualmente operan.

Gráfico 12 Asegurados en el Sistema (por EPS)

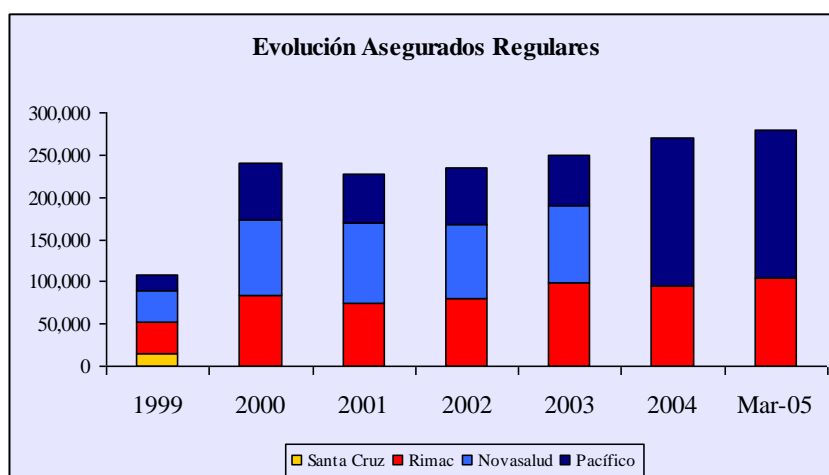


Fuente: SEPS.

El producto más importante del sistema, tanto por número de afiliados como por la cuantía de los aportes⁴³, es el seguro regular. En el Gráfico 13 se observa la tendencia ligeramente creciente que se da en este producto desde el 2001; las tasas anuales de crecimiento, desde el 2002, han oscilado entre el 3% y el 8%. Pacífico, después de la absorción de Novasalud es la empresa que más cuota tiene en este producto.

⁴³ Los datos de aportes se muestran más adelante.

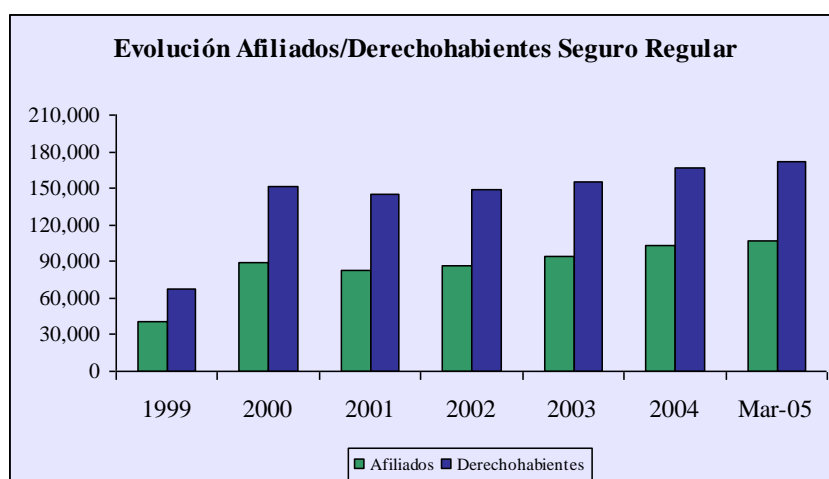
Gráfico 13 Asegurados Regulares (por EPS)



Fuente: SEPS.

El total de asegurados regulares es la suma de los trabajadores afiliados más sus derechohabientes. El siguiente gráfico muestra que la relación entre afiliados y derechohabientes se ha mantenido aproximadamente constante a lo largo del tiempo.

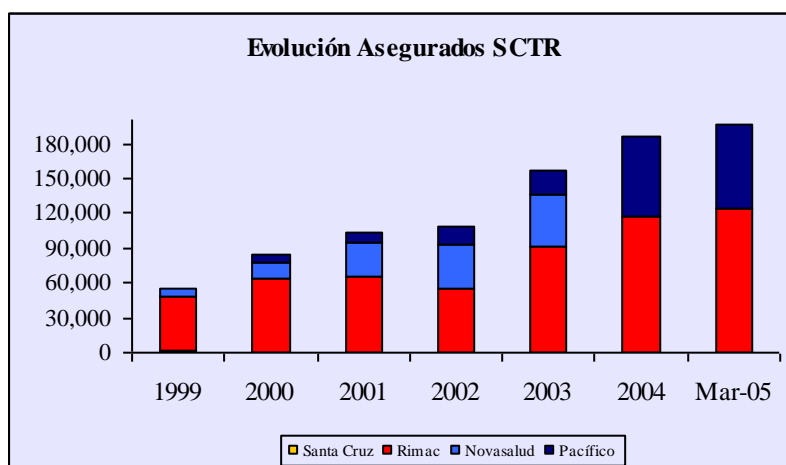
Gráfico 14 Relación Asegurados/Derechohabientes Seguro Regular



Fuente: SEPS.

El otro producto del sistema de las EPS es el seguro complementario de trabajo de riesgo. El Gráfico 15 muestra la evolución del mismo, por EPS, desde los inicios del sistema. Además de la tendencia creciente, desde el 2002, la tasa anual de crecimiento ha oscilado entre el 5% y el 18%, se observa con claridad que Rimac siempre ha sido el líder del mercado en este producto.

Gráfico 15 Asegurados SCTR (por EPS)

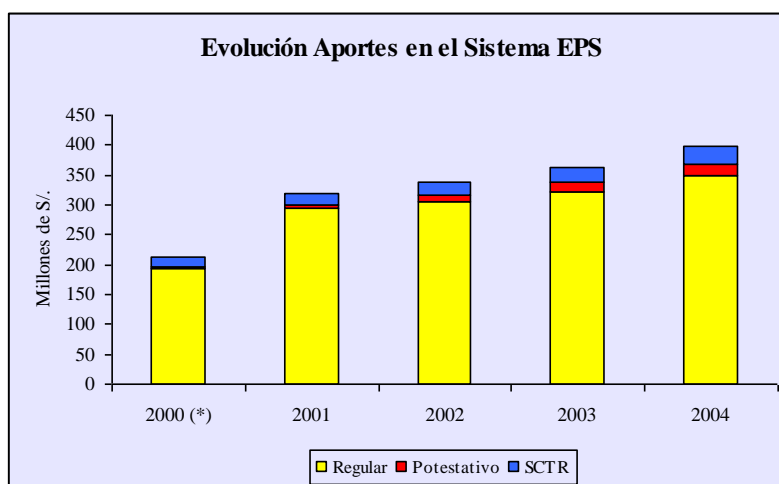


Fuente: SEPS.

3.2.3 Aportes de los asegurados

En el Gráfico 16 se muestra el volumen de aportes de los asegurados por tipo de producto. Es aquí donde se evidencia que el seguro regular es con mucho el que más aportes genera al sistema de EPS. En el año 2004, los aportes del seguro regular suponen un 87% del total, mientras que los del SCTR son el 8% y los del seguro potestativo el 5%. La otra característica destacable con respecto a los aportes es que el mercado ha venido creciendo en los últimos tres años: un 10% en el 2004, un 7% en el 2003 y un 6% en el 2002.

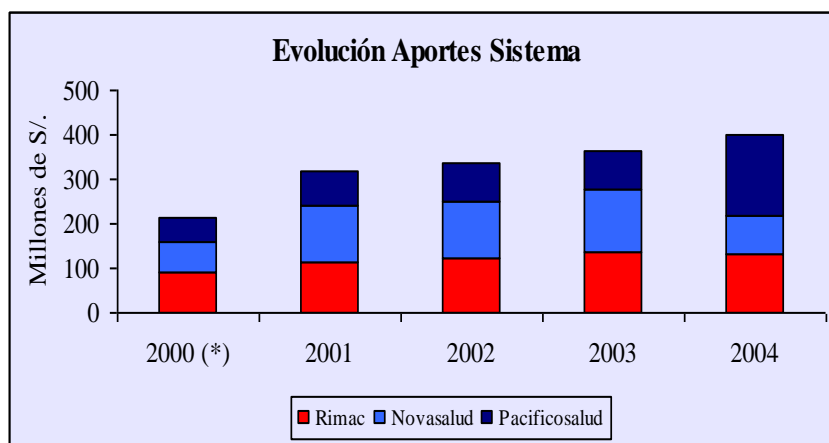
Gráfico 16 Aportes en el Sistema de EPS (Total de Productos)



Fuente: SEPS.

Por EPS, también para el 2004, el en Gráfico 17 se muestra que Pacífico fue el líder del mercado captando el 45% de los aportes. Si bien para calcular su cuota actual hay que añadirle el 21% de los aportes que captó Novasalud. Es decir, la nueva empresa combinada captó el 66% del total de aportes, mientras que Rimac captó el 34% restante.

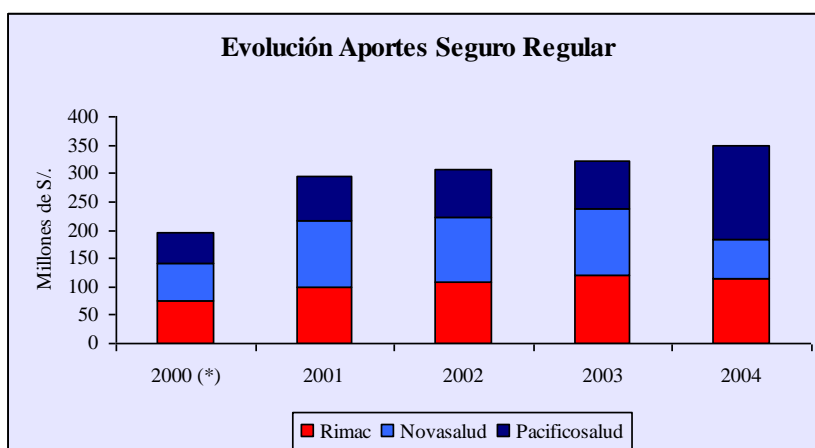
Gráfico 17 Aportes en el Sistema (por EPS)



Fuente: SEPS.

El análisis de cuotas para cada empresa por tipo de producto se muestra en el Gráfico 18 y en el Gráfico 19. Siempre para el último año el 2004, el combinado Pacifico- Novasalud captó el 67% de las aportaciones en el seguro regular, mientras que Rimac captó el 33%.

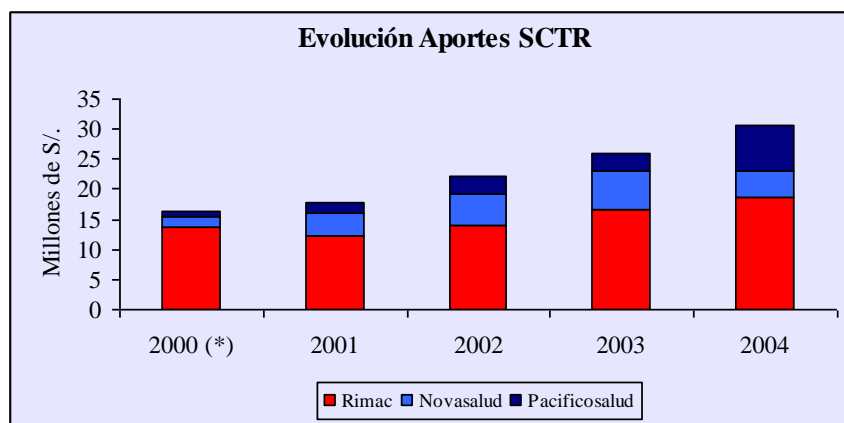
Gráfico 18 Aportes Asegurados Regulares (por EPS)



Fuente: SEPS.

La situación se invierte en el caso del SCTR. Aquí Rimac es líder con el 61% del mercado en aportes. En los meses del 2004 en que Novasalud operó captó el 14% de los aportes del SCTR, mientras que el 25% restante fue a parar a Pacifico.

Gráfico 19 Aportes por Asegurados SCTR (por EPS)

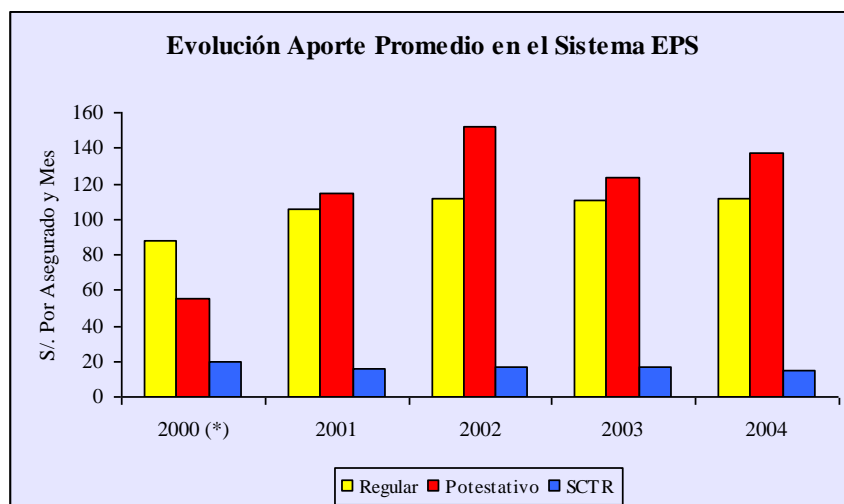


Fuente: SEPS.

3.2.4 Aporte promedio mensual de los asegurados

En los siguientes gráficos se muestra la evolución del aporte promedio por tipo de seguro y por EPS. En general, como muestra el Gráfico 20 el aporte promedio del seguro regular experimenta una ligera tendencia creciente; el aporte del seguro potestativo fluctúa, y es notablemente más alto que el resto; y, el aporte del SCTR permanece prácticamente estable.

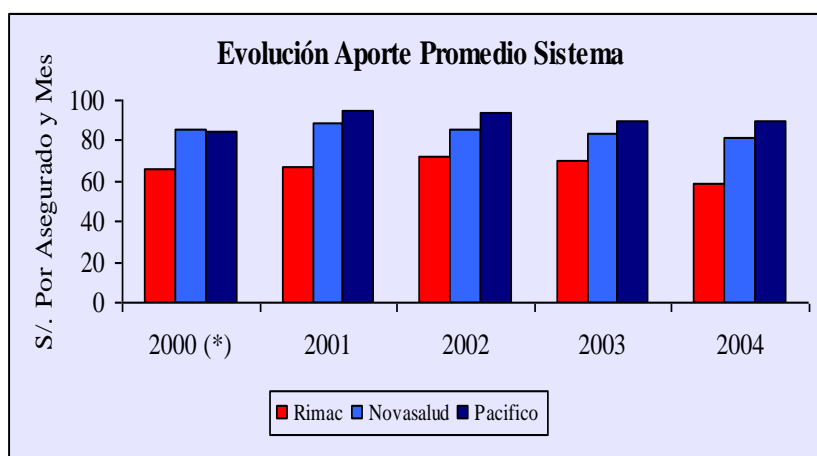
Gráfico 20 Evolución del Aporte Promedio (por Tipo de Producto)



Fuente: SEPS.

En la evolución de los aportes por EPS que muestra el Gráfico 21 se pone de manifiesto que el aporte promedio por asegurado que recibe Pacífico es siempre más alto (salvo para el año 200), que el aporte promedio que recibe Novasalud, (mientras existió como EPS antes de la fusión) y, éste a su vez es más alto que el que recibe Rimac.

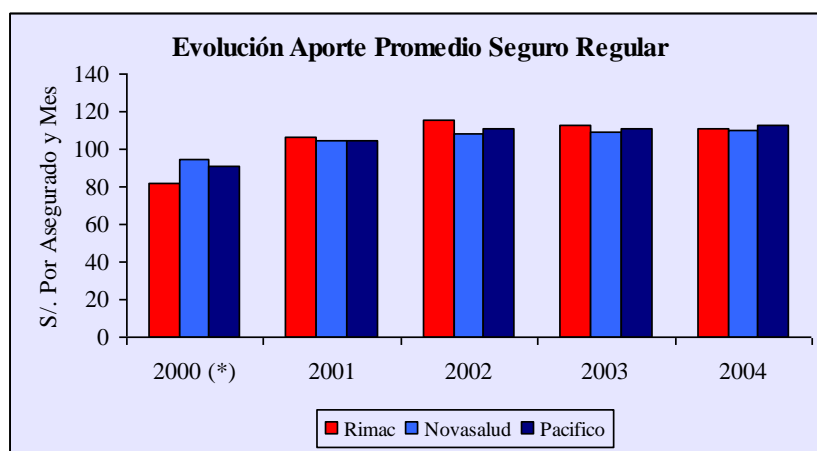
Gráfico 21 Evolución del Aporte Promedio del Sistema (por EPS)



Fuente: SEPS.
(*) Rimac incluye Santa Cruz.

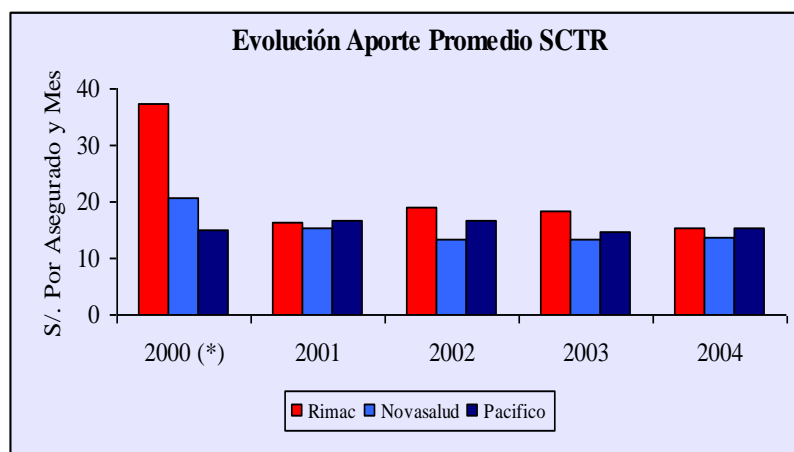
Cuando los aportes promedio por asegurado se comparan por producto, la característica más destacable es que los aportes por tipo de producto apenas presentan diferencias entre las EPS. Esto se aprecia claramente en el Gráfico 22 para el seguro regular. Para el SCTR los aportes tampoco se diferencian mucho entre empresas, como se ve en el Gráfico 23, pero Rimac, que es quien tiene mayor cuota de mercado, tiene un aporte promedio superior al resto.

Gráfico 22 Evolución del Aporte Promedio Seguro Regular (por EPS)



Fuente: SEPS.
(*) Rimac incluye Santa Cruz.

Gráfico 23 Evolución del Aporte Promedio SCTR (por EPS)



Fuente: SEPS.

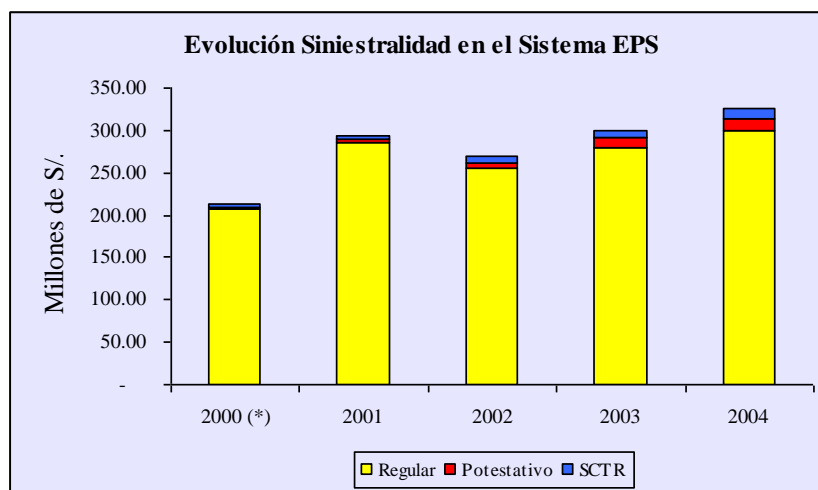
(*) Rimac incluye Santa Cruz.

3.2.5 Gasto en prestaciones del sistema

La siguiente variable a analizar es la siniestralidad, o volumen del gasto en prestaciones, es decir, lo que las EPS, han pagado a los proveedores de salud por los servicios prestados a los asegurados.

En el Gráfico 24 se muestra el volumen del gasto en prestaciones a los asegurados por tipo de producto. El seguro regular es con mucho el que más siniestralidad genera al sistema de EPS. En el año 2004, el gasto en prestaciones del seguro regular supuso un 92% del total, mientras que el del SCTR fue el 4% y los del seguro potestativo el 4%. La otra característica, es que la siniestralidad ha fluctuado en los últimos tres años: creció un 8% en el 2004, un 11% en el 2003, pero decreció un 8% en el 2002.

Gráfico 24 Evolución Siniestralidad (por Tipo de Producto)

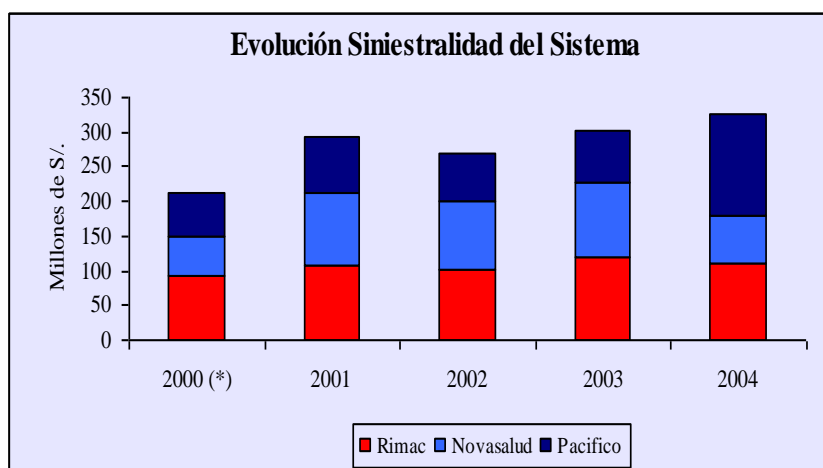


Fuente: SEPS.

(*) Rimac incluye Santa Cruz.

En el análisis para todos los productos por EPS, que se muestra en el Gráfico 25, se observa como del gasto total del sistema el 34% corresponde a Rimac y el resto a Pacifico, incluyendo la parte de Novasalud.

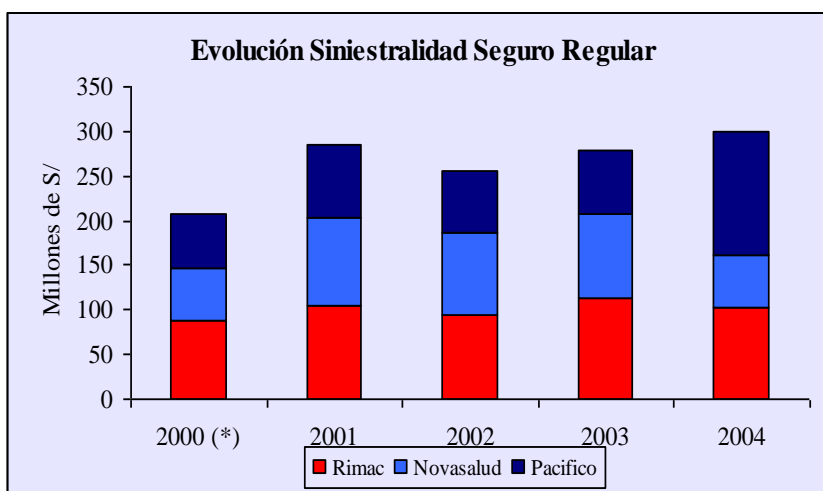
Gráfico 25 Evolución Siniestralidad del Sistema (por EPS)



Fuente: SEPS.
(*) Rimac incluye Santa Cruz.

Si se realiza un análisis diferenciando por productos, en el seguro regular, ver Gráfico 26, Rimac soporta el igualmente el 34% del total de siniestralidad del seguro regular; el resto corresponde a las dos EPS fusionadas.

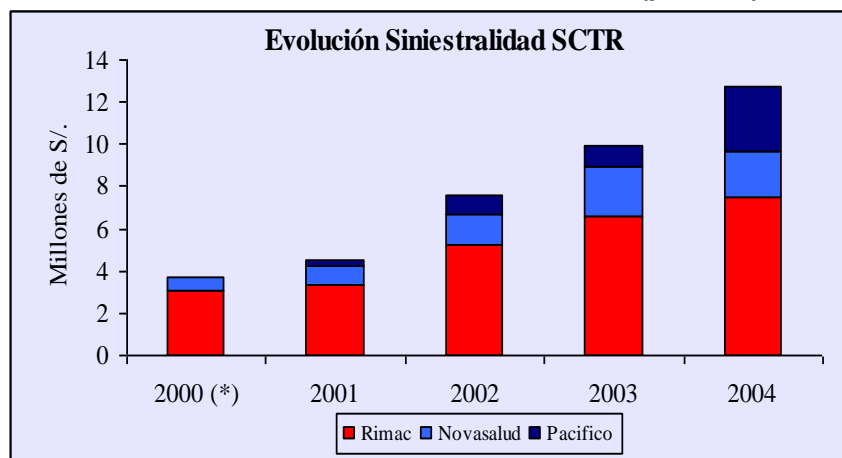
Gráfico 26 Evolución Siniestralidad Seguro Regular (por EPS)



Fuente: SEPS.
(*) Rimac incluye Santa Cruz.

Lógicamente, dado que tiene la mayor parte de los asegurados del SCTR, Rimac soporta la mayor parte de la siniestralidad (59%) de este producto, como se observa en el Gráfico 27.

Gráfico 27 Evolución Siniestralidad SCTR (por EPS)



Fuente: SEPS.
 (*) Rimac incluye Santa Cruz.

3.2.6 Siniestralidad sobre los aportes

La siniestralidad analizada da una idea del volumen del mercado. Cuando se la compara con los aportes tenemos una primera aproximación a la rentabilidad del sistema, de las EPS y de los productos.

En la Tabla 8 aparece reflejada la siniestralidad sobre los aportes del sistema por producto. La siniestralidad del SCTR es manifiestamente menor que la del resto de productos. El seguro regular, el producto más importante presenta una alta siniestralidad, e incluso para el año 2000, la siniestralidad fue superior al 100%, lo que significa que las empresas pagaron en gastos a los acreedores de salud una cantidad superior a la que recibieron en aportes.

Tabla 8 Siniestralidad del Sistema (por Producto)

	Regular	Potestativo	SCTR
2000 (*)	106.8%	76.1%	22.8%
2001	96.8%	74.7%	25.6%
2002	83.3%	72.1%	34.3%
2003	86.6%	75.9%	38.2%
2004	85.7%	75.2%	41.6%

Fuente: SEPS.
 (*) Rimac incluye Santa Cruz.

En la Tabla 9 se muestra la siniestralidad sobre los aportes por empresa. Aunque las empresas han venido reduciendo la siniestralidad, ésta es todavía alta. Destaca la evolución de Pacífico, que partiendo del nivel de siniestralidad más alto, ha conseguido situarla en el 81.5%⁴⁴.

⁴⁴ Para tener una idea de cual es un nivel de siniestralidad sobre los aportes aceptable, baste decir que en los contratos de seguro regular que firman las EPS, la cláusula de revisión automática se activa cuando la siniestralidad supera el 70%. Por encima de esa cifra se considera que la siniestralidad es demasiado elevada y hay que subir las aportaciones por trabajador.

NO DEBE SER UTILIZADO DE REFERENCIA

Tabla 9 Siniestralidad del Sistema (por EPS)

	Rimac	Novasalud	Pacifico
2000 (*)	100.8%	89.3%	112.5%
2001	95.4%	82.6%	103.6%
2002	82.9%	76.2%	80.9%
2003	86.4%	78.4%	83.8%
2004	83.1%	80.2%	81.5%

Fuente: SEPS.

(*) Rimac incluye Santa Cruz.

La Tabla 10 y la Tabla 11 muestran las siniestralidades por EPS para el seguro regular y el SCTR respectivamente. En el seguro regular destaca la reducción que ha experimentado Pacifico. Los niveles de siniestralidad de Rimac, salvo para el año 2001, son más uniformemente más altos que el resto.

Tabla 10 Siniestralidad del Seguro Regular (por EPS)

	Rimac	Novasalud	Pacifico
2000 (*)	114.7%	91.3%	114.3%
2001	103.6%	85.1%	105.3%
2002	88.9%	78.8%	82.5%
2003	92.8%	80.8%	85.8%
2004	90.1%	83.0%	83.7%

Fuente: SEPS.

(*) Rimac incluye Santa Cruz.

En el SCTR los niveles de siniestralidad para todas las empresas han sido tradicionalmente menores, pero han experimentado una subida constante desde el año 2000.

Tabla 11 Siniestralidad del SCTR (por EPS)

	Rimac	Novasalud	Pacifico
2000 (*)	22.7%	30.8%	3.6%
2001	27.6%	21.6%	19.9%
2002	37.3%	28.2%	30.8%
2003	39.4%	38.1%	32.2%
2004	40.1%	49.0%	40.7%

Fuente: SEPS.

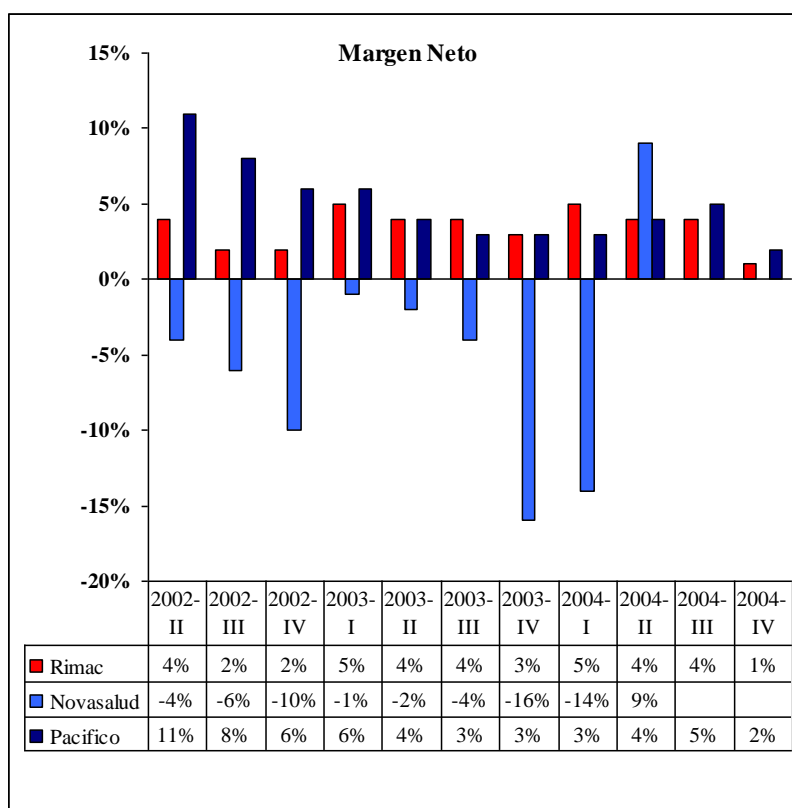
(*) Rimac incluye Santa Cruz.

3.2.7 Rentabilidad

Para concluir con esta sección de principales indicadores, se analizará la rentabilidad que ha presentado en los últimos años.

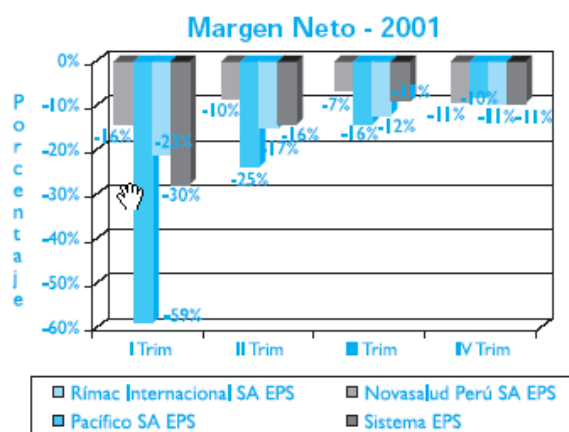
El primer indicador de rentabilidad que se presenta es el margen neto. El margen neto se define como el cociente entre la utilidad neta entre los aportes. Básicamente indica el porcentaje de cada sol que las EPS reciben en aportes que quedará como utilidad una vez que se han descontado los gastos.

Gráfico 28 Evolución del Margen Neto de Rentabilidad (2002-2004)



Fuente: Estados Financieros de las EPS.

Gráfico 29 Evolución del Margen Neto de Rentabilidad (2001)



Fuente: Reporte de Estados Financieros de EPS

Fuente y elaboración: SEPS, Boletín Estadístico Cuarto Trimestre 2001.

En el Gráfico 28 se proporciona la evolución del margen neto por EPS. Destaca que el margen neto de Novasalud fue negativo hasta prácticamente antes de la fusión, a pesar de presentar menor siniestralidad que el resto. En el Gráfico 29 se proporcionan las cifras de esta variable para el año 2001.

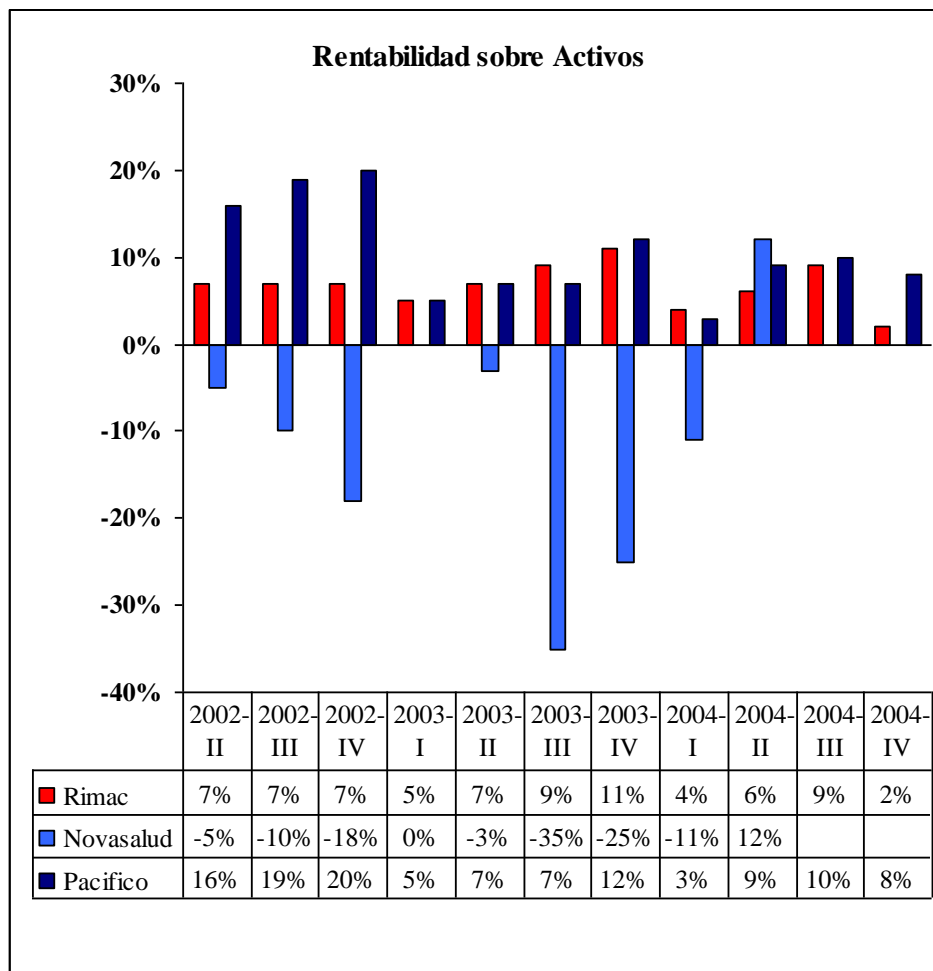
El segundo indicador de rentabilidad que se presenta es la rentabilidad sobre activos. Se define como el cociente entre la utilidad y el total de los activos de la EPS. La rentabilidad sobre activos, o rentabilidad económica, indica el provecho que se le está sacando a los bienes de la empresa.

NO DEBE SER UTILIZADO DE REFERENCIA

Como se observa en el Gráfico 30, en la evolución de la rentabilidad económica se observa un patrón similar al de la evolución del margen neto: bajas rentabilidades, en general, y rentabilidades negativas para Novasalud la mayor parte de los trimestres.

Con el análisis de la rentabilidad económica se finaliza el apartado de revisión de los principales indicadores.

Gráfico 30 Evolución de la Rentabilidad sobre Activos



Fuente: Estados Financieros de las EPS.

3.3 Análisis de Concentración del Mercado

Después de observar la evolución que ha tenido este mercado, desde sus inicios hasta la actualidad queda patente que el mercado de EPS en Perú se encuentra muy concentrado. Sólo dos empresas operan a partir de agosto del 2004. Además cada una de ellas es líder de un producto.

En la Tabla 12 se muestran las cuotas de mercado, medidas sobre total de los aportes, para el seguro regular y el SCTR. A partir de las cuotas de mercado, se ha calculado el Índice de Herfindahl-Hirschman⁴⁵ (IHH) y el Índice de Dominancia⁴⁶. Ambas son medidas clásicas de la concentración en el mercado.

⁴⁵ El IHH se define como la suma del cuadrado de las cuotas, en este caso en porcentajes, de las EPS. El IHH en monopolio (máxima concentración) es de 1, mientras que cuanto menos concentrado está en mercado, más próximo a cero está.

Tabla 12 Evolución Cuotas de Mercado, HHI y ID (Seguro Regular y SCTR)

	2000 (1)	2001	2002	2003	2004	2004(2)
REGULAR						
Rimac	0.39	0.34	0.35	0.38	0.33	0.33
Novasalud	0.33	0.39	0.38	0.37	0.20	
Pacífico	0.28	0.26	0.27	0.26	0.47	0.67
IHH	0.34	0.34	0.34	0.34	0.37	0.56
ID	0.36	0.36	0.35	0.36	0.46	0.69
SCTR						
Rimac	0.83	0.68	0.64	0.64	0.61	0.61
Novasalud	0.12	0.22	0.23	0.24	0.14	
Pacífico	0.05	0.09	0.13	0.12	0.25	0.39
IHH	0.70	0.53	0.48	0.48	0.45	0.52
ID	0.95	0.80	0.74	0.74	0.69	0.58

(1) Rimac Incluye Santa Cruz

(2) Cuotas de Mercado después de la Fusión de Pacífico y Novasalud

Fuente: Boletines de la SEPS.

3.3.1 Índice IHH

Según los estándares utilizados por Indecopi⁴⁷, a partir de que un mercado supera un IHH de 0.18, se puede considerar que está concentrado. Para los dos productos considerados el mercado ha superado el IHH en todos los años de la muestra.

El IHH se ha incrementado como consecuencia de la fusión de Novasalud por parte de Pacífico. En el seguro regular ha pasado del 0.37 a 0.56, mientras que en el SCTR se ha pasado de 0.45 a 0.52.

3.3.2 Índice ID

Aunque se utiliza sobre todo para evaluar la concentración del mercado en casos de fusiones, el Índice de Dominancia (ID), también da una idea de la concentración de un determinado mercado. En el seguro regular, al igual que sucede con el IHH, el ID muestra una mayor concentración en el mercado después de la fusión. Sin embargo, en el SCTR el ID muestra una disminución, ya que se fusionaron las dos EPS que tenían menor cuota de mercado en este producto.

En resumen, las EPS conforman un mercado duopólico que, además, tiene un líder claro en cada uno de los dos productos relevantes, el seguro regular y el SCTR, lo que aumenta el nivel de concentración.

En cualquier caso, el nivel de concentración no es relevante en sí sino que ha de analizarse en conjunción con el poder de mercado y el tipo de competencia que se da

⁴⁶ El ID se define como la suma de los cuadrados de la cuota al cuadrado de las empresas dividido entre el IHH. Es un índice de concentración que no crece automáticamente si el número de empresas se reduce, sino que crece si aumenta la cuota de las más grandes.

⁴⁷ Basados en las *Horizontal Mergers Guidelines*. Federal Trade Commission -US Department of Justice.

NO DEBE SER UTILIZADO DE REFERENCIA

ente los duopolistas. Estas dos cuestiones se analizan en las siguientes secciones del informe.

3.4 Análisis de Barreras a la Entrada

El análisis de las barreras a la entrada y su relación con prácticas anticompetitivas ha sido tradicionalmente un asunto complejo, debido a la falta de una definición clara del concepto de barrera de entrada. Por este motivo, se aplicará al mercado peruano de las EPS, una definición generalmente aceptada del concepto de barrera de entrada⁴⁸.

Según la Dirección General de la Competencia Comisión Europea⁴⁹, barreras a la entrada son *“factores que impiden u obstaculizan la entrada a un mercado específico a las empresas. Pueden ser el resultado de una estructura particular del mercado (por ejemplo, costos hundidos, lealtad a la marca de los consumidores), o ser el resultado del comportamiento de las empresas que ya operan en el mercado. Es importante añadir que los gobiernos pueden ser una fuente de barreras de entrada (por ejemplo, mediante el requerimiento de licencias y otras regulaciones)”*.

3.4.1 Barreras legales

No cabe duda que la prestación de servicios sanitarios, en régimen de seguro social, está estrictamente regulada: para que una empresa se constituya en EPS y pueda operar en el mercado necesita ineludiblemente la autorización de la SEPS. Autorizar el funcionamiento de las ESP es la primera función de la Superintendencia.

Por lo tanto existe una barrera legal a la entrada al mercado. No obstante es necesario mencionar que quien autoriza el funcionamiento, la SEPS, es un organismo público descentralizado del sector salud que cuenta, por ley,⁵⁰ con autonomía funcional administrativa y financiera.

Por lo tanto, es un organismo independiente de las empresas que en cada momento se encuentren operando en el mercado. La autorización legal que supone la aprobación por parte de la SEPS no puede ser considerada como una barrera de acceso al mercado, sino como una certificación de que la EPS, está en condiciones de ofrecer un seguro social de salud.

3.4.2 Barreras estructurales

Por lo que se refiere a barreras estructurales, con frecuencia relacionadas con factores tecnológicos de la industria, las dos barreras más frecuentemente analizadas son los costos fijos de capital y las economías de escala.

Es indudable que para una crear una EPS se requiere una determinada inversión en activos, necesariamente respaldada por un capital social.

⁴⁸ La literatura más reciente propone evaluar el concepto de barrera de entrada dependiendo del objetivo de la política de competencia. Ver Shy, O. y Stenbacka, R. Entry barriers and antitrust objectives. Mimeo 2005. Universidad de Haifa.

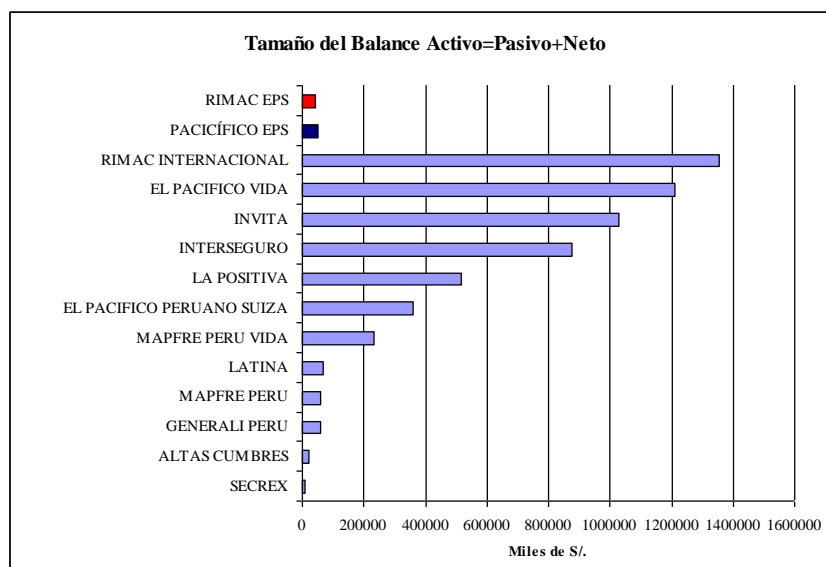
⁴⁹ Ver http://europa.eu.int/comm/competition/general_info/e_en.html.

⁵⁰ Según el Art. 14 de la Ley de Modernización de Seguro Social en Salud, La SEPS es un Organismo Público Descentralizado del Sector Salud, con personería de derecho publico interno. Cuenta con autonomía funcional, administrativa y financiera. Se organiza de acuerdo a las normas que establezca su Estatuto, el mismo que será aprobado por Decreto Supremo. Se rige por el régimen laboral de la actividad privada y se financia con recursos propios constituidos por los derechos que cobra a las entidades sujetas a su control, los mismos que son establecidos por Decreto Supremo, refrendado por el Ministro de Salud.

NO DEBE SER UTILIZADO DE REFERENCIA

Si comparamos el valor de los activos de las EPS con el valor de los activos de empresas relacionadas con su negocio, como son las empresas de seguros, se observa que el tamaño de los activos de la mayoría de las empresas de seguros empequeñece la escala de operaciones que tienen las EPS. El Gráfico 31 muestra, con datos a Diciembre del 2004, cuál era el valor de los activos⁵¹, de las dos EPS existentes y de las empresas de seguros registradas en la SBS.

Gráfico 31 Comparación de los Activos de las Empresas de Seguros y EPS



Fuente: Balances de las empresas publicados en los Boletines de la SEPS (Rimac y Pacífico) y de la SBS (empresas de seguros).

Por lo tanto no parece ser esta una barrera de entrada ya que hay empresas de rubros muy parecidos con capacidad económico-financiera para poder acometer la inversión que supone crear una EPS.

La otra barrera estructural a tratar son las economías de escala. No existen estudios que hayan analizado la presencia de economías de escala en el mercado peruano de EPS. Por lo tanto, no se conoce cuál es la escala óptima de afiliados, ni tampoco, si las EPS existentes han adquirido una ventaja en función de su tamaño, que les permita ofrecer los seguros de salud a unas primas que la competencia no podría igualar.

Hay que señalar a este respecto que el componente principal de los costos de una EPS son los pagos por siniestralidad. Aunque en un seguro social, un mayor tamaño permite una mejor disolución del riesgo de cada cliente, no se sabe si la gestión de la siniestralidad mejora con el tamaño de operaciones de la empresa. Por lo tanto la presencia de economías de escala como barrera de acceso a este mercado es incierta.

Dada la presencia reciente de la fusión por absorción de Novasalud por Pacífico, la evolución de los indicadores de eficiencia de la empresa fusionada y su relación con su ahora mayor número de clientes, puede aportar alguna luz sobre la presencia de economías de escala en este mercado.

⁵¹ El tamaño del balance da una idea del tamaño de la empresa. Es el valor de los activos de la empresa, o lo que es lo mismo, el valor de los pasivos (incluyendo el patrimonio neto de la empresa) que financian dichos activos.

3.4.3 Barreras estratégicas

Las barreras estratégicas tienen que ver con el comportamiento de las empresas que ya operan en el mercado para impedir que otras accedan al mismo. La forma más común que tienen las empresas de reaccionar estratégicamente ante la entrada de competidores es actuando sobre el precio. No parece que éste sea el caso. El aporte promedio del seguro regular se ha ido incrementando paulatinamente con el paso del tiempo, antes de reducirse para impedir la entrada de nuevos competidores.

Un hecho que diferencia al precio del seguro regular de otros bienes es que presenta cláusulas de revisión automática en función de la siniestralidad. Por lo tanto las EPS no pueden mantener, ni está en su interés, precios artificialmente bajos.

En resumen, las barreras a la entrada son preocupantes en un mercado cuando las empresas que operan en él están realizando beneficios extraordinarios sin que ello atraiga nuevas entradas a la industria. Por los ratios de rentabilidad que se observa en el mercado de las EPS no parece que éste sea el caso.

Por lo demás, no existen barreras significativas a la entrada. Las EPS que actualmente están en el mercado han tratado de copar las entidades empleadoras cuyos trabajadores tienen un mayor poder adquisitivo. Existe la posibilidad de que las nuevas EPS entren al mercado, particularmente en segmentos socioeconómicos más bajos, lanzando planes de cobertura de menor monto, y con limitaciones en cobertura geográfica de sus afiliados.

Capítulo IV Análisis de Conductas Empresariales Potencialmente Restrictivas de la Libre Competencia

4.1 Resumen del Capítulo IV

En el presente capítulo se analiza la existencia de prácticas anticompetitivas en el mercado de las EPS. El capítulo consta de seis secciones:

- Análisis de poder de mercado de las EPS, donde, empleando los datos de los capítulos precedentes, se estudia el poder de mercado de los oferentes.
- Riesgo de colusión en el mercado de las EPS, donde se analiza particularmente la posibilidad de que exista esta práctica anticompetitiva.
- Modelos de colusión, donde se explica cuáles son los modelos que se emplean para detectar esta práctica. Estos modelos, basados en la metodología de Bajari y Ye no han podido ser estimados al no existir datos sobre los costos de las EPS, particularmente de la siniestralidad a nivel de entidad empleadora.
- Revisión de la literatura sobre la relación entre variabilidad y colusión: esta sección consta de una breve revisión bibliográfica, donde se resumen los modelos, alternativos al de Bajari y Ye, que permiten relacionar la variabilidad en las ofertas con la posibilidad de colusión.
- Relación entre variabilidad y colusión: el caso particular de las EPS en Perú, donde se justifica que para el caso que nos ocupa, se debería encontrar una mayor variabilidad en los concursos donde hubiera habido colusión.
- Resultados empíricos con las ofertas de las EPS, donde con los datos disponibles se analiza la relación entre la variabilidad de los concursos, la evolución de las cuotas de mercado de las EPS y la posibilidad de colusión.

Las conclusiones que se obtienen con respecto a este capítulo son las siguientes:

Las EPS, aunque comercializan productos bastante específicos tienen un poder de mercado limitado, ya que en algunos segmentos de su demanda existen productos sustitutos.

Existen algunos factores de riesgo de colusión en este mercado, el principal de ellos es el escaso número de competidores. Dada la ausencia de datos sobre las siniestralidades particularizadas a nivel de entidad empleadora no se ha podido estimar modelos de colusión basados en los conceptos de independencia condicional e intercambiabilidad propuestos por Bajari y Ye.

4.2 Análisis del Poder de Mercado de las EPS

El poder de mercado es la capacidad que tienen algunas empresas de fijar precios por encima de costos debido a que las condiciones competitivas que afrontan se lo permiten⁵². El incremento de precios por encima de los costos tiene como consecuencia un aumento en la utilidad de la empresa.

El índice de poder de mercado más conocido es el índice de Lerner⁵³. En concreto este índice es el cociente de la diferencia entre el precio menos el costo marginal del producto, y el precio. Si la empresa cuenta con poder de mercado elevará el margen de ganancia en relación al precio, y ello se manifestará en un índice de Lerner más alto.

En el mercado de las EPS, sobre todo en el seguro regular, debido a su alta siniestralidad, los precios apenas si han superado a los costos. En este informe, al no disponer de datos sobre la siniestralidad por entidad empleadora, no es posible saber los costos que cada entidad empleadora genera a la EPS que le asegura. Por lo tanto no se puede calcular el índice de Lerner. Ahora bien, los datos analizados en el capítulo anterior sugieren que el Índice de Lerner ha de ser bajo, ya que la diferencia entre el precio y el costo es muy pequeña.⁵⁴ Por consiguiente no parece que exista un problema grave de poder de mercado.

Una propiedad del Índice de Lerner es que resulta ser el inverso de la elasticidad de la demanda. Esta propiedad resulta interesante porque permite relacionar el poder de mercado (que mide el Índice de Lerner) con la cantidad de sustitutos que afronta la demanda de la EPS; cuanto más sustitutos existan para el producto, más sensible será la demanda al precio y menor será el poder de mercado del que disfruta la empresa.

Hay que recordar que cuando se analizaron los sustitutos de los productos que ofrecen las EPS se observó que para el seguro regular las EPS afrontan dos tipos de demanda: la demanda institucional por parte de las entidades empleadoras y la demanda individual por parte de los trabajadores. La demanda del SCTR sólo tiene componente institucional.

Debido a esos dos tipos de demanda, se encontró que el seguro regular afronta la competencia del autoseguro y de la medicina prepagada⁵⁵. Por el contrario, el SCTR

⁵² Una revisión reciente de las definiciones y la literatura sobre poder de mercado se encuentra en Huergo, E. El Diagnóstico del Poder de Mercado en Economía Industrial. Universidad Complutense de Madrid. Documento de Trabajo N12-2001.

⁵³ El Índice de Lerner se define como $(P - C_{mg})/P$, donde P es el precio y C_{mg} es el costo marginal. En competencia perfecta el índice será cero, y las empresas no tienen poder de mercado. Una empresa que intentara fijar un precio por encima de costos no tendría ventas.

⁵⁴ Una medida similar, a nivel agregado, a la diferencia entre precio y costo es la rentabilidad sobre los aportes. Como se puede ver en el Gráfico 28 y en Gráfico 29 de la página 54, la rentabilidad ha sido históricamente baja, e incluso en ocasiones ha sido negativa.

⁵⁵ Para algunas empresas, la parte institucional de la demanda del seguro regular tiene la competencia de los autoseguros. Si las EPS decidieran abusar de su poder de mercado y subir los precios, estas instituciones podrían contratar autoseguros para que den cobertura a sus trabajadores. Por consiguiente, existe aquí un límite al poder de mercado. Incluso en aquellas entidades empleadoras que no son atractivas para los autoseguros, las EPS no podrían ejercer su poder de mercado ilimitadamente. El componente individual de la demanda, es decir los trabajadores individuales, ante una subida de precios podría reaccionar renunciando a la EPS y asegurándose con las clínicas que ofrecen medicina prepagada.

NO DEBE SER UTILIZADO DE REFERENCIA

no tiene competencia⁵⁶. La demanda para el seguro regular ha de ser más elástica que la del SCTR. Por consiguiente, las EPS tienen limitado su poder de mercado en el caso del seguro regular debido a la existencia del autoseguro y de la medicina prepagada. En el caso del SCTR las EPS tienen menores limitaciones para ejercer poder de mercado.

Un límite adicional al poder de mercado que pueden ejercer las EPS viene dado por la amenaza de posibles entrantes al mercado. Como se vio en la sección de análisis de barreras de entrada, en este mercado, aunque existen, no son tan grandes que no puedan ser superadas con relativa facilidad por empresas nacionales o internacionales del ramo de los seguros.

En conclusión, las EPS tienen bastante limitada su capacidad para ejercer poder de mercado y no parece que el poder de mercado sea un grave problema.

4.3 Riesgo de Colusión en el Mercado de las EPS

La posibilidad de colusión surge porque en este mercado se dan algunas de las características que favorecen un comportamiento concertado por parte de los oferentes. Las características de un mercado que, según el Departamento de Justicia de los Estados Unidos⁵⁷, favorecen la colusión aparecen listadas en la primera columna de la Tabla 13. En la segunda columna se encuentra el grado en que éstas están presentes en Perú.

Tabla 13 Presencia de Factores de Riesgo de Colusión en el Mercado Peruano de EPS

Colusión: Factores de Riesgo	Presencia del factor en el Mercado Peruano de EPS
Pocos vendedores	Sí
Mercado concentrado	Sí
Pocos sustitutos	Sí/Neutro
Producto estandarizado	No/Neutro
Competidores con canales de comunicación	Sí
Competidores con fuertes lazos sociales	No

Es obvio que cuando hay pocos vendedores, o pocos vendedores importantes (el mercado está muy concentrado), es más factible la presencia de prácticas restrictivas de la competencia, ya que es más fácil llegar a acuerdos colusorios y mantenerlos. Si hay pocos sustitutos la elasticidad de la demanda suele ser baja, y el beneficio de coludir es mayor, lo que incrementa el incentivo para hacerlo. Cuando el producto está estandarizado, es más fácil fijar cuál será el precio de colusión.

Si los competidores cuentan con canales de comunicación se reducen los costos de llegar a acuerdos colusorios, y si, además, cuentan con lazos sociales será más difícil que el acuerdo se rompa.

En el mercado de EPS en Perú se ha venido concentrando hasta llegar a sólo dos competidores, que además cuentan con canales de comunicación en el nivel macro o

⁵⁶ La única posible alternativa al SCTR es el seguro público, pero al tener una calidad manifiestamente menor no se puede considerar como un sustituto. No en vano en el SCTR los precios que cobran las EPS están muy por encima de los costos, ya que su siniestralidad es baja.

⁵⁷ Fuente: Price Fixing and Bid Rigging-They Happen: What They Are and What to Look For. US Dep. of Justice. www.usdoj.gov/aatr/public/guidelines/pfbrprimer.pdf

NO DEBE SER UTILIZADO DE REFERENCIA

institucional (existe una asociación peruana de EPS, la APEPS) y en el nivel micro o de entidad empleadora (los asesores de seguros).

Por lo que respecta al tema de sustitutos, como se estudió en la parte de demanda, los clientes de las EPS tienen un doble componente: corporativo e individual. En el nivel corporativo afrontan cierta competencia por parte de los autoseguros, para las entidades empleadoras que disponen de más recursos financieros y de más liquidez. En el nivel individual la cobertura, de inferior calidad, que presta EsSalud puede ser un sustituto para los trabajadores de menor capacidad adquisitiva. Como quiera que existen algunas alternativas para determinados segmentos de la demanda, no se puede afirmar con total rotundidad que no hay sustitutos.

Existe un factor adicional, específico de la situación actual del mercado, que pudiera favorecer la colusión. Desde agosto del 2004 sólo permanecen dos EPS en el mercado. Por ley para que un concurso sea válido han de presentarse dos ofertas como mínimo. Pudiera darse el caso de que haya entidades empleadoras que, por los motivos que sea, sólo interesen a una de las dos EPS en liza. En esta circunstancia, la EPS interesada en el concurso desearía solicitar a la otra que realice una “oferta de cortesía”, con el único fin de que el concurso sea válido.

Si esta situación se diera a menudo, no sería difícil imaginar un acuerdo tácito de colusión por el que las dos EPS se presentan a todos los concursos y presentan ofertas de cortesía en aquellos concursos de entidades empleadoras por las que no les interesa pujar. Las ofertas de cortesía probablemente se manifestarían en forma de precios altos, para evitar que los trabajadores elijan a la EPS que las presentan. Esto supondría una forma de colusión, pues permite a las EPS fijar un precio más alto en los concursos que les interesan y en los que saben que la otra EPS no está realmente interesada. Para ellas no les sería difícil enterarse de esta circunstancia, por medio por ejemplo, del asesor de seguros, en la fase de tanteo en la negociación.

Hay factores que favorecen la colusión que no se dan en el mercado de las EPS: la estandarización del producto y los lazos sociales de los competidores. Aunque las coberturas de los productos de las EPS están reguladas, las ofertas que presentan las EPS impiden hablar de un producto homogéneo. La cobertura se puede prestar a través de proveedores (clínicas, consultorios) que no se perciben igual por los pacientes ya que proporcionan distintos niveles de calidad, sobre todo en aspectos de comodidad para el enfermo.

Por lo que respecta a los lazos sociales, las dos EPS que existen en el mercado pertenecen a dos de los más grandes grupos empresariales que mantienen entre ellos una relación de rivalidad. Pacífico pertenece de grupo Romero y Rimac pertenece al grupo Brescia. Por lo tanto, este factor facilitador de la colusión queda descartado.

En resumen, existen algunos motivos para pensar que algún tipo de colusión pueda tener lugar en este mercado, pero no se dan todos los factores de riesgo.

Para determinar si hay o no colusión en el mercado hay que acudir a los datos sobre las ofertas que las EPS han realizado a las entidades empleadoras y analizarlos a la luz de los modelos de colusión, lo cual se realiza a continuación.

4.4 Modelos de Colusión en el Mercado de las EPS

Debido a que las EPS consiguen a sus clientes mediante concursos realizados en las entidades empleadoras, se consideró emplear modelos de detección de colusión provenientes de la teoría de subastas.

NO DEBE SER UTILIZADO DE REFERENCIA

Bajari y Ye⁵⁸ han desarrollado un método para detectar colusión⁵⁹ entre los postores de subastas que se encuentran repetidas veces en concursos cuyo ganador es la empresa que presenta el precio más bajo⁶⁰ para realizar un determinado trabajo.

Bajari y Ye definen dos conceptos claves para detectar patrones de ofertas no consistentes con comportamientos competitivos: la independencia condicional y la intercambiabilidad.

Los competidores realizan ofertas que son funciones de sus costos. El precio en la oferta será más alto si los costos de la empresa que realiza dicha oferta son mayores. En el caso de las EPS, el costo fundamental que tendrán que afrontar las EPS es la siniestralidad de los trabajadores. Si las EPS esperan que la siniestralidad sea alta, el precio por el cual se comprometen a asegurar a los afiliados será alto. La independencia condicional significa que después de ajustar las ofertas por los costos esperados, las ofertas de los distintos competidores no deben guardar relación entre sí. Dicho de otro modo, si las ofertas están correlacionadas es un indicio de colusión.

La intercambiabilidad significa que cuando los competidores afrontan las mismas circunstancias de costos deberían realizar ofertas similares. En el caso de las EPS, supongamos que las dos EPS, por ejemplo, la *EPS 1* y la *EPS 2*, presentan ofertas a dos entidades empleadoras, a las que llamaremos, *EE1* y *EE2*. Para la *EPS 1* la siniestralidad de la *EE1* le va a suponer un costo de *X*, y la siniestralidad de *EE2* la va a suponer un costo de *Y*. Para la *EPS2*, supongamos que la situación es a la inversa⁶¹: la *EE1* le supondría un costo de *Y* y la *EE2* un costo de *X*.

Si se cumple la condición de intercambiabilidad, las ofertas que las *EPS1* y la *EPS2* presentan a las *EE1* y *EE2* respectivamente, han de ser simétricas. Si no se cumple estaríamos ante un indicio de colusión.

Bajari y Ye realizan una aplicación de su modelo a subastas para realizar obras públicas en los EEUU. Realizan una regresión de las ofertas que los competidores presentan en las subastas por conseguir diversas licitaciones con respecto a las variables de costos que tienen los trabajos para cada empresa, y a su capacidad disponible en el momento en que presentan la oferta.

Con los residuos de la estimación los autores realizan un análisis de correlaciones entre empresas. Si los residuos de dos o más competidores están correlacionados, es indicio de que la independencia condicional se está violando. Si los parámetros estimados difieren para algunas empresas, es indicio de que se está violando la condición de intercambiabilidad.

En el modelo teórico, las empresas presentan sus ofertas en sobre cerrado, al igual que sucede en los concursos de las EPS. Pero la forma de elegir al ganador es

⁵⁸ Véase Bajari, P. y Summers, G. Detecting Collusion in Procurement Auctions. *Law Journal*, 70(1), 143-170. 2002.; Bajari, P. y Ye, L. Competition Versus Collusion in Procurement Auctions: Identification and Testing. Stanford University Working Paper. 2001; Bajari, P. y Ye, L. Deciding Between Competition and Collusion. Stanford University Working Paper. 2003.

⁵⁹ Como se explica más adelante, las herramientas que emplean Bajari y Ye no permiten detectar inequívocamente la colusión sin error, sino más bien detectar comportamientos sospechosos para investigar en la dirección correcta.

⁶⁰ Es lo que en teoría de subastas se conoce como subastas de primer precio.

⁶¹ Una misma siniestralidad en una entidad empleadora puede suponer costos distintos a la EPS por diversos motivos, como el manejo del riesgo que las EPS realizan o los acuerdos a los que hayan llegado con los proveedores de salud.

NO DEBE SER UTILIZADO DE REFERENCIA

diferente en la caso de las EPS pues la oferta ganadora no es la que tenga un precio más bajo, sino la que eligen los trabajadores. Por otra parte, en la oferta no sólo existe una variable, el precio, sino que existen muchas más: los copagos, la cobertura y el número de redes de atención. De todas formas, debido a que el precio del plan básico es una variable decisiva para la mayoría de los trabajadores⁶², se consideró que el modelo de Bajari y Ye podía ser aplicado al caso de las EPS.

Lamentablemente, este modelo no pudo ser estimado para el caso del mercado de las EPS en Perú por carecer de la información necesaria⁶³ sobre costos para estimar las regresiones.

Al no disponer de datos para contrastar la colusión mediante el instrumental de Bajari y Ye, hubo que emplear una metodología alternativa para analizar la colusión con los datos disponibles de subastas.

4.5 Relación entre Variabilidad y Colusión: revisión de la Literatura

Como se explicará en la siguiente sección, el análisis de colusión está basado en el análisis de la variabilidad de las ofertas, asumiendo que una variabilidad excesiva es un indicio de colusión. Este supuesto puede parecer contraintuitivo porque existe toda una línea de investigación de detección de la colusión que asume lo contrario: escasa variabilidad es indicio de colusión.

Por ejemplo, en el mercado de carburantes Abrantes et al.⁶⁴ constatan que después de una conspiración para mantener precios fuera descubierta, el precio de los

⁶² Las entrevistas mantenidas con los responsables de recursos humanos de diversas entidades empleadoras y con asesores de seguros y personal de la SEPS así lo indican. Para corroborar cuantitativamente esta hipótesis se comprobó con los datos reales, primero: que para todas las EPS, el precio del plan básico promedio de las ofertas ganadoras es menor que el promedio de las ofertas que no ganaron; y, segundo: de todas las variables que componen una oferta, el precio del plan básico es la que más contribuye a explicar si la oferta ganara o no el concurso.

⁶³ Al comienzo de la presente investigación, cuando se descubrió que la SEPS recopilaba información sobre las ofertas que presentaban las EPS a las entidades empleadoras, se pensó que la mejor forma de proporcionar pruebas sobre la posible existencia de colusión era emplear este tipo de modelos.

Los datos corresponden a las ofertas presentadas por las EPS Rimac Pacífico y Novasalud, en el periodo 1/2004-4/2005. Los datos, en el momento de la redacción de este informe, están clasificados como confidenciales y por este motivo no se muestran los cálculos realizados con ellos.

La SEPS recopila información sobre las características que tienen las ofertas: el precio del plan básico, el precio del plan adicional (un plan con más prestaciones sanitarias cubiertas), el copago ambulatorio fijo mínimo, el copago ambulatorio fijo máximo, el copago hospitalario fijo mínimo, el copago hospitalario fijo máximo, el coseguro ambulatorio mínimo, el coseguro ambulatorio máximo, el coseguro hospitalario mínimo, el coseguro hospitalario máximo, el número de redes ambulatorias concertadas con el plan de salud, el número de redes hospitalarias concertadas con el plan de salud, el límite de cobertura que proporciona el plan, el número de trabajadores que tenía la empresa en el momento de la elección, el número de votos que recibió el plan.

Como se puede deducir de esa extensa lista, no hay referencia alguna a variables que tengan que ver con la siniestralidad (histórica o esperada) de esa entidad empleadora. Por consiguiente se carece de información de la variable que más relacionada esta con los costos. Ni siquiera se dispone de variables que tengan que ver con la siniestralidad, como la composición por edad y sexo de los trabajadores de una empresa. De hecho, el único dato conocido de la empresa es su número de trabajadores.

Se intentó infructuosamente explicar mediante regresión el precio del plan básico con las otras características del plan. Podemos argumentar que algunas variables del plan van a tener una influencia en el precio. Por ejemplo, si la cobertura es mayor, eso debería traducirse en un mayor precio. No obstante, resulta difícil tratar de explicar el precio con las otras características del plan dado que ambos se determinan conjuntamente, lo que invalidaría una regresión de este tipo.

NO DEBE SER UTILIZADO DE REFERENCIA

carburantes bajó, pero el efecto más destacable fue que la variabilidad del precio en las distintas estaciones aumentó al deshacerse el cártel.

Athey et al⁶⁵. destacan en su revisión bibliográfica, para varios mercados, que la literatura sugiere un asociación positiva entre colusión y rigidez de precios. Busse ⁶⁶, afirma para el mercado de telefonía celular que precios idénticos en distintos mercados pueden ser un mecanismo que soporte la colusión tácita. Harrington⁶⁷, también encuentra en su revisión, para el mercado de subastas de obra pública, que la uniformidad de precios esta asociada a la colusión.

Desde un punto de vista más teórico McAfee y McMillan⁶⁸ demuestran como los miembros de un cártel “débil”, es decir, que no puede repartir las ganancias de la colusión mediante transferencias (que además son ilícitas) presentarán ofertas idénticas. De nuevo, cierta forma de colusión aparece asociada a baja variabilidad.

La detección de la colusión y su relación con la variabilidad en ofertas y precios, ha despertado no sólo el interés de la academia, sino también el de los organismos defensores de la competencia. Las subastas, particularmente en licitaciones públicas son un mercado, que típicamente cuenta con pocos proveedores, que además compiten repetidamente, y por tanto, presenta características que favorecen la colusión.

Los organismos defensores de la competencia, advierten de que, tanto en las ofertas como en los precios finales de las subastas, podemos encontrar patrones de comportamiento sospechoso por parte de los postores.⁶⁹

- a. Patrones de ofertas (*bids*) sospechosos
 - i. Algunos nunca ganan
 - ii. Siempre se presentan los mismos y toman turnos
 - iii. Pocos competidores
 - iv. Ofertas muy altas sin justificación aparente en costos
 - v. El ganador subcontrata a alguien que perdió

⁶⁴ Abrantes-Metz, Rosa M., Froeb, Luke M., Geweke, John and Taylor, Christopher T., "A Variance Screen for Collusion" (March 2005). Vanderbilt Law and Economics Research Paper No. 05-13; FTC Bureau of Economics Working Paper No. 275.

⁶⁵ Athey, Susan, Kyle Bagwell and Chris William Sanchiro, 2004, "Collusion and Price Rigidity," Review of Economic Studies, 71(2), pp. 317-349.

⁶⁶ Meghan R. Busse Multimarket. Contact and Price Coordination in the Cellular Telephone Industry Journal of Economics & Management Strategy, Volume 9, Number 3, Fall 2000, 287–320

⁶⁷ Joseph E. Harrington. Detecting Cartels. Department of Economics Johns Hopkins University December 2004.

⁶⁸ McAfee, P. y McMillan, J. Bidding Rings. The American Economic Review, Vol. 82 N3, Jun., 1992.

⁶⁹ Departamento de Justicia de losEEUU. Price Fixing and Bid Rigging-They Happen: What They Are and What to Look For. www.usdoj.gov/atr/public/guidelines/pfbrprimer.pdf

NO DEBE SER UTILIZADO DE REFERENCIA

- b. Patrones de precios sospechosos
 - i. Mismo precio por largos periodos de tiempo
 - ii. El precio cae cuando llega un nuevo oferente
 - iii. Los descuentos desaparecen donde eran frecuentes
 - iv. Precios inversamente relacionados con los costos de transporte

En estas recomendaciones se observa una que está en la línea con los hallazgos académicos. El patrón sospechoso b.i “Mismo precio por largos periodos de tiempo” relaciona la (escasa) variabilidad de precios con la (existencia) de colusión.

Ahora bien, con respecto a las ofertas, el patrón a.iv considera sospechoso que se observen ofertas muy altas sin justificación. Estas ofertas pueden hacer que la variabilidad aumente en casos de colusión, y dan origen a la relación entre variabilidad y colusión que se empleará para el caso de las EPS en Perú: una variabilidad excesiva en las ofertas puede ser un indicio de colusión.

4.6 Relación entre Variabilidad y Colusión: el Caso Particular de las EPS en Perú

Para el caso particular de las EPS en Perú una excesiva variabilidad sería una señal sospechosa de colusión.

Dado el funcionamiento del mercado de las EPS descrito en los Capítulos I y II del presente informe, si las EPS decidieran incurrir en prácticas colusorias para repartirse el mercado, deberán establecer un mecanismo por el cual cada EPS gana en los concursos en para los que ha sido designada que ganará. Por ejemplo si el supuesto cártel decide que la EPS X ganará en el concurso de la entidad empleadora A, y la EPS Y ganará en el concurso de la entidad empleadora B, de alguna forma han de asegurarse de que esto suceda.

Si el ganador del concurso lo decidiera la oferta más baja, podrían ponerse de acuerdo en el monto de las ofertas que presentan. En los concursos donde hubiera colusión la EPS designada para perder presentaría una oferta más alta, pero no mucho, para dar apariencia de competencia, que la EPS designada para ganar. Sucede que el ganador del concurso no es quien presenta la oferta más baja sino que es quien la asamblea de trabajadores decide. Entonces ¿cómo afecta este hecho a la relación entre variabilidad y colusión?

La variabilidad, más allá de lo que pueda estar justificado por la variabilidad en los costos, es indicio de colusión por la incertidumbre que introduce la votación de trabajadores. Los planes de salud que las EPS ofertan tienen muchas variables y eso introduce incertidumbre en el resultado de la votación. Si los planes fueran homogéneos, aunque hubiera votación los trabajadores elegirían racionalmente aquel con el precio más bajo.

En la literatura se ha encontrado un artículo que apunta en esta dirección. Wambach⁷⁰ sostiene que la colusión es más factible cuando el mecanismo de elección del ganador es un “concurso de belleza” y no una subasta. Su argumento es que en los “concursos de belleza” existe incertidumbre sobre cuáles serán las características sobre las que el organizador del concurso elegirá al ganador. Por este motivo las empresas tienden a presentar ofertas con precios más altos para los consumidores. El caso de las EPS es más parecido a un concurso de belleza que a una subasta, con el añadido de que el

⁷⁰Wambach, A. Collusion in Beauty Contests. Conference Paper en “Collusion and Cartels” 13th WZB Conference on Markets and Political Economy, 2004.

NO DEBE SER UTILIZADO DE REFERENCIA

ganador no lo decide una persona o un órgano rector, sino toda la planilla de trabajadores de la entidad empleadora.

Dada la incertidumbre y bajo el supuesto de colusión, si en un concurso las EPS quisieran asegurarse el resultado decidido por el cártel, la EPS designada como perdedora debería presentar una oferta anormalmente cara en la variable más importante, el precio del plan básico, para no ser elegida por los trabajadores. De esta forma se incrementan las posibilidades de que los trabajadores en los concursos voten por la oferta de la EPS que el cártel hubiera designado como ganadora. La EPS ganadora presentará un precio más caro que el competitivo, sin temor a perder el concurso, ya que la otra EPS estaría presentando un precio muy superior.

Un ejemplo aclara este concepto. Supongamos que en cada concurso las características de las entidades empleadoras son conocidas por las EPS. Si las EPS compiten, su oferta dependerá de los costos de asegurar a los trabajadores de esa entidad empleadora, es decir, del riesgo que cada EPS piensa que tendrá esa empresa y de la forma que pueden gestionarlo. Como la forma de determinar el riesgo es un procedimiento estandarizado, ambas EPS presentarán ofertas relativamente similares. Supongamos que la *EPS 1* presenta una oferta de 85 soles, y la *EPS 2* de 75 soles. La media es 80 soles y la desviación típica es de aproximadamente 7 soles. La media de esas ofertas está próxima a las mismas, y, consecuentemente, hay poca variabilidad.

Si por el contrario las EPS ha formado un cártel, por el que se reparten el mercado, en un caso como el anterior si el cártel decidiera que la *EPS 1* fuera a ganar el concurso, presentaría una oferta de, por ejemplo, 85 soles. (Esta oferta es superior al precio competitivo de 75 soles, con lo que se genera un perjuicio para el consumidor.) Para asegurarse de que la oferta de la *EPS 1* ganará, la *EPS 2* ha de presentar una oferta mucho peor, por ejemplo 125 soles. Esto hace que la media del concurso suba hasta 105 soles. Pero sobre todo, hace que la desviación estándar suba mucho más, hasta los 28 soles, aproximadamente.

En definitiva, mientras que, bajo el supuesto de colusión, la media ha subido un 24% la desviación estándar ha subido un 300%. Por este motivo se emplea el análisis de variabilidad en los datos reales de las ofertas de las EPS para determinar indicios de colusión en este mercado. Es, por lo tanto, lógico asumir que si las EPS quisieran coludir aumentaría la variabilidad observada en las ofertas.

Por último, sólo quedaría por ver si con los datos reales se encuentra un patrón de comportamiento que relacione la variabilidad en el monto del plan básico de las ofertas, que sería indicio de colusión, con la cuota de mercado, lo que implicaría un reparto del mercado.

4.7 Resultados Empíricos con las Ofertas de las EPS

Aceptando que la principal variable estratégica en las ofertas de las EPS es el monto del plan básico, para detectar la existencia de colusión se analizó la variabilidad de dicha variable en cada concurso. Los datos sobre los que esta variabilidad será calculada corresponden a las ofertas que las EPS hicieron a los concursos convocados por las entidades empleadoras desde el enero del 2004 a abril del 2005⁷¹. En total para el periodo considerado se celebraron aproximadamente 550 concursos.

⁷¹ El fichero de datos proporcionado por la SEPS, era un fichero de ofertas. Por lo tanto, previo a cualquier análisis hubo que transformar el fichero de ofertas a uno de concursos, dado que la variabilidad de ha definido como variabilidad de las ofertas para un mismo concurso.

NO DEBE SER UTILIZADO DE REFERENCIA

En cada concurso correspondiente a esos 16 meses se presentaron dos o tres ofertas⁷². La variabilidad del concurso se midió como la desviación típica del precio del plan básico en cada concurso. Es decir, si las ofertas que presentaron las EPS en cada concurso difieren mucho entre sí, estarán alejadas su media, y la variabilidad en ese concurso será mayor. Si por el contrario, las ofertas son similares, la media de las ofertas diferirá poco de las ofertas con las que ha sido calculada, y la variabilidad para ese concurso será baja.

Con los datos disponibles, una vez realizada la transformación del fichero de ofertas a concursos, se calculó la cuota de mercado estimada para cada EPS. Estas cuotas están calculadas únicamente con los datos de los nuevos concursos, es decir, en el primer concurso, a la EPS que gana se le asigna el 100% del mercado. Para calcularlas se asumió que si una EPS ganaba el concurso en una entidad empleadora ganaba la proporción del mercado correspondiente al número de trabajadores de esa entidad empleadora⁷³.

Asumiendo que la colusión y la variabilidad estarían positivamente relacionadas en este mercado, se realizaron dos tipos de análisis: relación entre la variabilidad de los concursos y la cuota de mercado, y la relación entre concursos con alta variabilidad y concursos con baja variabilidad.

4.7.1 Relación entre variabilidad y cuota de mercado

Bajo el supuesto de cártel y reparto de mercado de las EPS, cabría esperar que las EPS coludirían cuando la cuota de mercado que cada una consigue se aleja de la cuota de mercado decidida por el cártel. La colusión en concursos (para llegar a que cada EPS obtenga la cuota de mercado que le asignaría el cártel), se manifestaría en un aumento de la variabilidad.

Del análisis comparativo entre la evolución temporal de las ofertas, la variabilidad en cada concurso, y de la cuota resultante no se observó ninguna relación entre ellas que hiciera levantar sospechas de colusión.⁷⁴

Al estar calculada la cuota de mercado sobre los nuevos concursos, al inicio las cuotas son muy erráticas, pues los primeros concursos suponen una parte importante del mercado (En el caso extremo del primer concurso, a la EPS que gana se le asigna el 100% del mercado). En la evolución de la cuota de mercado se observa una primera fase en que Rimac es líder; después es superada por la cuota de Pacífico-Novasalud, en una segunda fase; en la tercera fase Rimac recupera el liderato, hasta que lo pierde definitivamente en la cuarta.

Esta alternancia en la empresa líder del mercado no muestra relación ninguna con el precio promedio de las ofertas ni con la variabilidad.

4.7.2 Relación entre concursos con alta variabilidad y baja variabilidad

Cuando, en lugar de temporalmente, los concursos se ordenan por el monto de la oferta promedio se manifiesta un patrón interesante. Para los, aproximadamente,

⁷² Hasta abril del 2004 Novasalud presentó ofertas a los concursos.

⁷³ Este supuesto es válido si la tasa de afiliación efectiva a las EPS, es decir, el número de empleados que optan por quedarse en el sistema de seguro social privado es constante entre ambas EPS, o independiente de ellas.

⁷⁴ Los cálculos y gráficos están clasificados como confidenciales a la hora de realizar este informe, y por lo tanto no es posible mostrarlos.

NO DEBE SER UTILIZADO DE REFERENCIA

primeros 225 concursos, es decir, los concursos con los promedios 225 promedios más bajos la variabilidad se mantiene constante y además, es prácticamente inexistente⁷⁵.

Para el resto de los 550 concursos, es decir, para los concursos cuyo promedio es mayor, la variabilidad aumenta al aumentar el monto del concurso⁷⁶.

En resumen, el monto promedio del concurso siempre resulta creciente, pero la variabilidad permanece constante para un grupo de concursos y es creciente para el otro grupo de concursos.

Resulta interesante mencionar que esos dos patrones de variabilidad distintos, no tienen relación con la fecha en la que se produjeron los concursos, o con el número de competidores en el mercado. (Por ejemplo, las ofertas que realiza Novasalud sólo corresponden al periodo enero 2004 abril del 2004, pero se distribuyen proporcionalmente entre concursos de alta y baja variabilidad.)

Según la lógica del modelo propuesto, se podría pensar que las EPS están compitiendo en los concursos en los que se observa baja variabilidad y coludiendo en los que se observa alta variabilidad. Los datos disponibles no permiten eliminar categóricamente esta hipótesis, pero la mayoría de la evidencia reunida parece descartarla por los motivos que se exponen a continuación.

El primer motivo para ello es la ya mencionada ausencia de relación entre la variabilidad alta o baja de un concurso y el momento de tiempo en el que tiene lugar. Si las EPS estuvieran coludiendo, esperaríamos encontrar rachas temporales de alta variabilidad y rachas temporales de baja variabilidad. Estas rachas no se observan.

El segundo motivo es que no existe relación entre la variabilidad de los concursos y la cuota de mercado que tienen las EPS en cada momento. En los concursos con baja variabilidad hay algunos en los que Pacífico es líder y otros en los que el líder es Rimac. Lo mismo sucede con los concursos de alta variabilidad. En resumen, saber si un concurso es de alta o baja variabilidad no permitiría deducir quien es el líder o las cuotas de mercado. Si las empresas estuvieran coludiendo, se esperaría encontrar patrones de colusión (alta variabilidad) asociados a determinados repartos del mercado. Por ejemplo, si las EPS se hubieran repartido el mercado al 60%-40%, esperaríamos encontrar concursos de alta variabilidad cuando el reparto de cuotas se separa del equilibrio pactado por el cártel. Estos patrones no se observan.

El tercer motivo es que existe una explicación (extramuestral) para el hecho de que los concursos estén polarizados en grupos de alta y baja variabilidad. Los datos corresponden a nuevos concursos convocados por las entidades empleadoras.

El hecho de que sean nuevos concursos no quiere decir necesariamente que las entidades empleadoras hayan convocado el concurso por primera vez. Como se vio en el Capítulo I, una entidad empleadora actualmente en el sistema puede convocar un nuevo concurso, y no renovar el contrato existente, por decisión de la dirección, o incluso del 20% de los trabajadores.

La explicación a la existencia de dos grupos de concursos (alta y baja variabilidad) relacionada con la experiencia previa en el sistema de EPS de la entidad empleadora

⁷⁵ En la jerga econométrica se diría que los datos son homoscedásticos, o de varianza constante.

⁷⁶ En la jerga econométrica se diría que los datos son heteroscedásticos, o de varianza variable, en este caso creciente.

NO DEBE SER UTILIZADO DE REFERENCIA

es la siguiente. El grupo de ofertas caracterizado por tener una variabilidad cercana a cero correspondería a ofertas realizadas por las EPS a entidades empleadoras que no han tenido experiencia previa en el sistema de EPS. Nunca antes han convocado un concurso, y por tanto no existen datos sobre su siniestralidad histórica en el sistema de seguro social privado. Se trataría por tanto de entidades empleadoras para las que el cálculo estimado de la siniestralidad que realizan las EPS se basa en información general: composición por edad y sexo de la planilla, etc.

En cambio, el grupo de concursos cuya variabilidad es creciente, correspondería a ofertas realizadas a EPS con experiencia previa en el sistema de EPS para las cuales se tiene un mejor conocimiento del riesgo, basado en datos pasados de siniestralidad, y no en datos estimados a partir de las características de sus trabajadores.

De confirmarse esta hipótesis, la conclusión sería que las EPS no están coludiendo: cuando no conocen la siniestralidad histórica de las entidades empleadoras emplean fórmulas estándar muy similares para calcularla, y por tanto presentan ofertas similares. Cuando sí disponen de ella, la oferta depende del costo que para ellas supone esa siniestralidad y de cómo esperan que puedan gestionarla. Esto induciría variabilidad en las ofertas.

Lamentablemente, entre los datos disponibles no se encuentra si la entidad empleadora es nueva en el sistema de EPS o no, por lo que a esta hipótesis, si bien es plausible, tampoco se le ha podido dar un refrendo cuantitativo.

Capítulo V Estimación del Daño de las Conductas Empresariales Potencialmente Restrictivas de la Libre Competencia

Al no encontrarse prácticas restrictivas de la libre competencia en este mercado, particularmente colusión, este capítulo no aplica en este informe.

Capítulo VI Recomendaciones de Política Económica

Al no encontrarse prácticas restrictivas de la libre competencia en este mercado, particularmente colusión, este capítulo no aplica en este informe.

Conclusiones

Las EPS tienen un papel muy importante en la prestación de servicios sanitarios en el Perú, y por ello su funcionamiento está muy regulado. Aunque pueden comercializar tres tipos de seguros, en la práctica sólo ofrecen dos el SCTR y el seguro regular. Pacífico es líder en el seguro regular y Rimac en el SCTR.

El seguro regular es el producto más importante. El proceso mediante el que compiten las EPS por los clientes está muy regulado y es relativamente complejo. Debido a su carácter de seguro social, el seguro regular tiene dos fases en su demanda: una fase institucional, la demanda de las entidades empleadoras, y una fase individual, la demanda de los trabajadores. Un trabajador sólo puede contratar su seguro con la EPS que ganó el concurso en su entidad empleadora. En los concursos han de presentarse como mínimo dos EPS y los trabajadores deciden por votación quién será la EPS ganadora. Este tipo de proceso resulta de gran importancia para elegir los modelos de detección de colusión, como se indica más adelante.

Las EPS se han centrado en empresas con gran número de trabajadores, que operan en la economía formal y que pagan salarios más altos que las empresas promedio de la economía. Para algunos tramos de la demanda institucional, el seguro regular de las EPS tiene la competencia del autoseguro. Para determinados tramos de la demanda individual el seguro regular de las EPS afronta la competencia de la medicina prepagada.

El mercado de las EPS está muy concentrado. Sólo hay dos empresas y cada una de ellas es líder en un producto distinto. Las barreras a la entrada, aunque existen, son relativamente bajas para el tamaño de los posibles entrantes, particularmente empresas aseguradoras.

En el mercado no parece haber abuso de posición dominante, dado que el margen entre el precio y los costos es bajo. La única práctica anticompetitiva que preocupa a las autoridades de competencia es la colusión.

Debido a la carencia de datos de siniestralidad, no se ha podido estimar modelos de colusión basados en la regresión de los precios de las ofertas sobre los costos, según la metodología de Bajari y Ye, propuesta al inicio de la consultoría. El empleo de esta metodología se basa en regresar los precios que las EPS presentan a los concursos empleando los costos, en el caso de las EPS la siniestralidad, como variables explicativas.

Con el fin de encontrar modelos alternativos para detectar colusión en los concursos se realizó una revisión bibliográfica de la que surgió la idea de investigar la relación entre la variabilidad de los precios de las ofertas y la evolución de las cuotas de mercado.

La razón fundamental para relacionar la variabilidad de las ofertas con la colusión es que la forma de elegir a la EPS ganadora en los concursos que convocan las entidades empleadoras es mediante votación de los trabajadores.

Para coludir las dos EPS han de presentar alternativamente ofertas de cortesía en los concursos. Las ofertas de cortesía han de tener precios muy superiores a los de la oferta que ganará el concurso y esto hace que la variabilidad de los precios aumente.

NO DEBE SER UTILIZADO DE REFERENCIA

La oferta que ganará el concurso tendrá un precio superior al de competencia, dado que compite contra una oferta de cortesía que es aun mucho más cara. Por lo tanto en este mercado, el exceso de variabilidad sería un indicio de colusión.

Para que la colusión funcione las empresas han de turnarse a la hora de presentar las ofertas de cortesía. Los turnos implican un reparto del mercado que ha de manifestarse en una determinada cuota de mercado para las empresas.

En el análisis de los datos empíricos de las ofertas presentadas por las EPS se han encontrado dos grupos de concursos con dos tipos de patrones en lo que respecta a la variabilidad en precios: concursos con alta variabilidad en los precios de las ofertas y concursos con baja variabilidad.

En el primer grupo de ofertas la variabilidad permanece constante y baja aunque el monto del concurso aumenta. En el segundo grupo de ofertas la variabilidad es más alta y aumenta con el promedio de las ofertas. Este comportamiento, pudiera resultar sospechoso de colusión. Sin embargo no parece estar relacionado con las cuotas de mercado de las empresas. Al no encontrarse una relación entre la variabilidad de los concursos y las cuotas de mercado, no parecen apreciarse prácticas colusorias en este mercado.

Existe una explicación a los patrones de variabilidad observados. El primer patrón corresponde a entidades empleadoras que ya habían estado aseguradas en el sistema de las EPS; por lo tanto existen datos sobre su siniestralidad (el costo que originaron a las EPS que las aseguraron). La variabilidad en las ofertas corresponde a la variabilidad observada en costos. El segundo patrón corresponde a entidades empleadoras nuevas en el sistema de EPS. Al no disponer de datos históricos sus costos se estiman con una fórmula estándar que produce una menor variabilidad en los precios. Al desconocer si las entidades tenían experiencia en el sistema o no, esta hipótesis no ha podido ser corroborada.

En definitiva, del análisis de la variabilidad de las ofertas no se desprenden evidencias concluyentes de colusión en este mercado. La existencia de un grupo de concursos con alta variabilidad y un grupo de concursos con baja variabilidad, tiene una justificación razonable basada en la experiencia previa de las entidades empleadoras en el sistema, si bien no hay información suficiente para contrastar la explicación.

No obstante, es importante hacer las siguientes salvedades:

- La colusión sólo puede ser probada mediante evidencia contundente que demuestren que los miembros que participan en el acuerdo colusivo han realizado conductas de coordinación de precios con el ánimo de perjudicar la institución de la competencia en beneficio propio. Los análisis económicos, incluso disponiendo de toda la información necesaria para llevarlos a cabo, lo que muy raramente es el caso, sólo proporcionan indicios sospechosos de prácticas colusorias.
- En este estudio, se ha empleado el monto del plan básico como variable de estudio. Las conclusiones están referidas a ella. El monto del plan básico es, muy probablemente, la mejor elección como variable estratégica. Hay buenas razones para creer que es la variable más importante del producto más importante. No obstante las ofertas que las EPS realizan son multidimensionales y el monto del plan básico no permite captar toda la información con la que los trabajadores deciden la oferta ganadora.

NO DEBE SER UTILIZADO DE REFERENCIA

- La última salvedad es que como medida del posible reparto del mercado se ha empleado la cuota de mercado que consiguen las EPS y no el beneficio que la EPS obtiene de cada entidad empleadora que gana. La cuota puede ser una buena aproximación del beneficio, siempre que la siniestralidad sea similar entre las entidades empleadoras de cada EPS. De nuevo la carencia de datos sobre siniestralidad impide corroborar esta hipótesis.

Conclusions

EPS play a key role to finance access to health services in Peru, and therefore are subject to tight regulations. Although they can sell three types of insurance products they have focused on just two: regular insurance and complementary risk-jobs insurance. Pacifico is leading the regular insurance market while Rimac is leading the complementary risk-jobs insurance market.

Regular insurance is the most important product in the system. The competition process EPS have to go through to win clients is strongly regulated and it is rather complex. Because regular insurance is a part of the social health insurance system, its demand process has two consecutive stages: institutional stage (demand by the employer institution) and individual stage (demand by the individual employee). Individual employees are restricted to contract their insurance only with the EPS that won the contest to provide insurance in his/her employer organization. In every contest, two or more EPS bids are required, and individual employees vote to decide which EPS wins the contest. This election process is of great importance to choose models to detect collusion, as it will be explained later.

Market data show EPS have focused so far on employer organizations with many employees, operating in the formal economy and paying above average salaries. There are some institutional demand segments for which EPS face some competition from non-regulated insurance companies called autoseguros. In some individual demand segments EPS face competition from what is called pre-paid medicine: clinics and health providers offering insurance to use their own health services.

Market for EPS insurance is heavily concentrated. There are only two competitors and each one is the market leader for each of the only two insurance products they provide. Entry barriers, though some exist, are quite low given the size of insurance companies that might be interested in entering the market.

Market data shows also that abuse of dominant position in this market does not seem to be a problem, in view of the tiny margin between prices and costs. Collusion is the only anticompetitive practice that concerns Peruvian competition authorities.

Bajari and Ye methodology to detect collusion seemed to be suitable for the EPS market, and it was proposed to be applied to this case. Bajari and Ye methodology is based on regression analysis of prices on costs. However, it requires individualized data about the cost for each employer organization. Since individualized data is not available, it was impossible to use it as a way to detect collusion.

In order to find alternative models to detect collusion, a new bibliographic research was conducted. The research concluded that it might be a relationship among collusion, price variability, and the evolution of market share.

The main reason to relate price variability in contests to collusion is that employees vote to choose the EPS in the organizations they work for.

If EPS were to collude both EPS would have to present courtesy bids. Courtesy bids have prices much higher than the prices of the winner bid chosen by employees. This will raise price variability in contests. EPS can charge an above competitive price in winning bids because they would be competing against courtesy bids, whose much

NO DEBE SER UTILIZADO DE REFERENCIA

higher prices do not pose a threat to win the contest. In the EPS market, high price variability could sign collusion.

Collusion will be sustainable if both EPS profit from it, taking turns to present courtesy bids. This pattern of reciprocity implies a market partition in which each EPS holds a given market share.

Empirical analysis of the bid prices show contests can be grouped into two different clusters: low price variability contests and high price variability contest.

In the first cluster price variability remains low and almost constant among contests. In the second cluster price variability is high and increases with price average. This pattern could be suspicious of collusion. However these two patterns of price variability do not seem to be related to the market shares. To summarize there is no evidence of market partition, and therefore, there is no sign of collusion.

Actually there is an explanation for the two distinct patterns of price variability found in the data. The first pattern (low and constant price variability) would correspond to employer organizations being insured for the first time in EPS system. For these organizations there are not actual data on how much they will be using health services. Bid prices are calculated based on standard risk estimation formulae. Since both EPS use similar formulae prices for a given contest will be similar, and accordingly, variability will be low.

The second pattern (high and increasing variability) would correspond to employer organizations that had been insured in the EPS system before. For these organizations EPS know how much they had used health services. Bid prices are calculated based on actual data, and they reflect employer health use variability: price variability is not constant because use actual use of health services is not constant.

Since it was impossible to identify in the data set which employers were new to the system, this explanation, while plausible, still remains to be checked against real data.

Finally it is important to mention the following caveats:

- *Collusion can only be proved when hard evidence exists to demonstrate that members of the cartel have engaged in price coordination practices aimed to disguise competition in their own benefit. Economic analysis, even when detailed data sets are available, which is very rarely the case, can only provide signs of collusory practices.*
- *In this paper I have used the price of the basic coverage health plan to conduct the analysis. Conclusions are referred to this variable. Among all the variables that characterize a health plan, the price is the best one to analyze the presence of collusion since it is the variable employees care the most about. However, is not the only variable employees look at before they vote.*
- *There is one more final caveat about market shares as a way to measure market partition. Colluders care about profits made from price coordination. Market share can be a good proxy of profits provided the cost of insuring employer organizations is similar. Lack of data on cost makes impossible to corroborate whether or not this is the case.*

Bibliografía

Abrantes-Metz, R., Froeb, L., Geweke, J. and Taylor, C., A Variance Screen for Collusion (March 2005). Vanderbilt Law and Economics Research Paper No. 05-13; FTC Bureau of Economics Working Paper No. 275.

Apoyo Consultoría. Estudio: Factores que Determinan el Mercado de las EPS, 2001.

Athey, S., Kyle B. and Sanchiro, S., "Collusion and Price Rigidity," Review of Economic Studies, 71(2), 2004.

Bajari, P. y Summers, G. Detecting Collusion in Procurement Auctions. Law Journal, 70(1), 143-170. 2002.

Bajari, P. y Ye, L. Competition Versus Collusion in Procurement Auctions: Identification and Testing. Stanford University Working Paper. 2001.

Bajari, P. y Ye, L. Deciding Between Competition and Collusion. Stanford University Working Paper. 2003.

Decreto Supremo N° 009-97-SA. Aprueban el Reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud

Departamento de Justicia de los EEUU. Price Fixing and Bid Rigging-They Happen: What They Are and What to Look For. Disponible en www.usdoj.gov/atr/public/guidelines/pfbrprimer.pdf

Diario Gestión. Estado gasta más de US\$30 Mlls. anuales en autoseguros. Finanzas. Pág. XIII / 21-3-2005

Diario Electrónico Business Peru. Grupos económicos. El poder empresarial bajo la lupa. Marzo 2004. Disponible en http://www.businessperu.com.pe/2004/Marzo/INFORMES/INFO1/Centro_Informe1.htm

Federal Trade Commission. Horizontal Mergers Guidelines. 1992.

Grillo, M. Collusion and Facilitating Practices: A New Perspective in Antitrust Analysis. European Journal of Law and Economics, September 2002, vol. 14, no. 2.

Harrington, J. Detecting Cartels. Department of Economics Johns Hopkins University December 2004.

Huergo, E. El Diagnóstico del Poder de Mercado en Economía Industrial. Universidad Complutense de Madrid. Documento de Trabajo N12-2001.

Ley N°26702. Ley General del Sistema Financiero y del Sistema de Seguros.

Ley N° 26790. Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud.

Ley N° 26842. Ley General de Salud.

Ley N° 27056. Ley de Creación del Seguro Social en Salud (EsSalud)

NO DEBE SER UTILIZADO DE REFERENCIA

McAfee, P. y McMillan, J. Bidding Rings. The American Economic Review, Vol. 82 N3, Jun., 1992.

Porter, R. y Zona, D. Detection of bid rigging in procurement auctions. The Journal of Political Economy; 101, Jun 1993;

Superintendencia Entidades Prestadoras de Salud. Boletín Informativo Oficial de la Superintendencia de la SEPS. Ediciones trimestrales desde el año 2000.

-----Resolución de Superintendencia N° 026-2001-SEPS/CD.

-----Resolución de Superintendencia N°081-2003-SEPS/CD.

Shy, O. y Stenbacka, R. Entry barriers and antitrust objectives. Universidad de Haifa. Mimeo 2005.

Wambach, A. Collusion in Beauty Contests. Conference Paper en "Collusion and Cartels"
13th WZB Conference on Markets and Political Economy, 2004.

Anexo: Entrevistas mantenidas con profesionales del sector

Durante la realización del estudio se mantuvieron varias entrevistas con diversos profesionales relacionados con el mercado de las EPS.

Los profesionales entrevistados corresponden a cuatro tipos de instituciones: el organismo regulador, la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud (SEPS), una entidad empleadora con seguro regular en el sistema de las EPS, una entidad empleadora con seguro complementario de trabajo de riesgo (SCTR) en el sistema de las EPS, un asesor de seguros.

Entrevistas con profesionales del regulador.

Carlos Jimeno, Intendente General de la SEPS. Una entrevista personal.

Marcel Vizcarra, Analista Principal de la Intendencia de Regulación y Desarrollo de la SEPS. Dos entrevistas personales. Frecuentes comunicaciones por teléfono y correo electrónico.

Entrevistas con una profesional responsable de la contratación del SCTR.

Carmen Mata, Tesorera de Cobra Peru, S.A. Una entrevista personal. Varias comunicaciones por teléfono y correo electrónico.

Entrevistas con profesionales responsables de la contratación del SCTR

Patricia Dávalos. Coordinadora de Administración de Personal. Subgerencia de Recursos Humanos de INDECOPI. Una entrevista personal. Varias comunicaciones por teléfono y correo electrónico.

Teresa Silva. Asistente Senior. Subgerencia de Recursos Humanos de INDECOPI. Una entrevista personal.

Entrevistas con un Asesor de Seguros

Julio Urrutia. Corredor y Asesor de Seguros Libre. Dos entrevistas personales. Varias comunicaciones por teléfono.