

Bogotá D.C.

SUPERINTENDENCIA DE INDUSTRIA Y COMERCIO	
RAD: 12-142803- -1-0	FECHA: 2012-09-05 09:17:55
DEP: 1000 DESPACHO DEL SUPERINTENDENTE DELEGAD	EVE: SIN EVENTO
TRA: 396 ABOGACIA	FOLIOS: 11
COMPETENCIA	
ACT: 440 RESPUESTA	

1005

Señores:

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

Dirección de Aseguramiento en Salud, Riesgos Profesionales y Pensiones
Avenida Carrera 13 # 32-76 Bogotá D.C.
BOGOTA D.C. COLOMBIA

Asunto: Radicación: 12-142803- -1-0
Trámite: 396
Evento:
Actuación: 440
Folios: 11

Estimado(a) Señores:

En relación con su comunicación radicada en esta entidad el pasado 09 de Julio de 2012, complementada el 23 de agosto de 2012, mediante la cual solicitó el concepto de que trata el artículo 7 de la Ley 1340 de 2009, con relación al proyecto de Resolución por el cual se adoptan medidas para mejorar la operación del Régimen Subsidiado de Salud y se dictan disposiciones para el fortalecimiento financiero, administrativo y operativo del aseguramiento y las Entidades Promotoras de Salud de éste régimen que ayuden a mejorar el acceso, eficiencia, calidad oportunidad y satisfacción de los servicios de salud, me permito informarle que esta entidad concluyó que éste proyecto podría generar barreras a la entrada, y por lo tanto, debería revisarse en ese sentido, como se expone a continuación:

1. OBJETO DEL PROYECTO DE RESOLUCIÓN:

El proyecto tiene por objeto establecer una serie de mínimos de operación en términos de usuarios para la operación de las EPSS por municipio y por región. Así como los criterios mediante los cuales, las EPSS que no tengan el número mínimo de usuarios establecido por municipio deberán entregar sus usuarios mediante traslados obligatorios a las EPSS que cumplan con los mínimos establecidos.

El proyecto establece dos condiciones de suficiencia a) Un mínimo de 1500 usuarios o el 5% de la población reportada (el mayor de estos dos parámetros) y b) Un mínimo del 15% de los usuarios de una región de operación.

2. OBJETO DE LA REGULACIÓN Y ESTADO REGULATORIO

El proyecto de norma tendría por objeto establecer una norma superior al Acuerdo 415 de 2009 de la Comisión de Regulación en Salud (CRES), que regulaba aspectos similares indicando lo siguiente:

- 1) En su artículo 82 establece un número máximo de EPSS y un máximo de participación de afiliados por municipios así:
 - a. Para municipios de más de 50.000 afiliados al régimen subsidiado, pueden existir varias EPS competidoras y un porcentaje máximo de participación del 35% de la población afiliada a dicho municipio.
 - b. En municipios con población entre 10.000 y 50.000 afiliados, se establece un número máximo de 3 EPSS
 - c. En municipios con menos de 10.000 afiliados, se establece un número máximo de 2 EPSS por municipio.

- 2) Los artículos 77 y 78 establecen un régimen de EPSS mínimas por región de cobertura, que establecería la Comisión de Regulación en Salud, estableciendo una participación mínima de tipos distintos de EPSS según su naturaleza jurídica, es decir en cada región se buscará la presencia de los distintos tipos de EPSS es decir 6 según la norma. Igualmente establece que EPSS que tengan el 20% del número de afiliados en varias regiones podrán participar en las mismas.

El proyecto presentado tiene la siguiente estructura respecto de los artículos que son relevantes para el Derecho de la Competencia:

- a) En su Artículo 1, el proyecto establece un número mínimo de afiliados (el número mayor entre 1500 afiliados o el 5% por ciento de la población inscrita en el régimen de salud subsidiado) que las EPSS deben tener en un municipio para poder seguir operando en el mismo.

Para calcular este mínimo deberá tenerse como referencia el número de inscritos según una base del Ministerio de Protección Social (la Base de Datos Única de Afiliados). Las EPSS deberán ajustarse en un periodo de 3 meses contados a partir de la entrada en vigencia del proyecto de norma.

- b) En su artículo 2 el proyecto indica unos criterios para trasladar usuarios de manera obligatoria entre EPSS:
- i) Cuando en un municipio operen 2 EPSS y una de ellas o ambas no cumplan con el mínimo de afiliados, se deberán trasladar los afiliados a la EPSS que cumpla con el margen mínimo o a la que tenga más usuarios.
 - ii) Cuando en un municipio operen 3 o más EPSS y ninguna cumple el mínimo de afiliados, se trasladarán los usuarios a las que tenga mayor número.
 - iii) Cuando en un municipio operen 3 o más EPSS y una cumpla con el mínimo de afiliados, se trasladarán los afiliados a ésta EPSS.
 - iv) Si operan 3 o más EPSS y dos cumplen con el margen mínimo, procederá el ejercicio de libre escogencia por parte del usuario.
 - v) Las EPSS con medida de Intervención forzosa, deberán ceder a sus afiliados a las EPSS que no tengan dicho tipo de medida, salvo en el caso que no exista una EPSS sin medidas de intervención.
- c) En el Artículo 3 se establece una causal de suspensión de afiliar nuevos usuarios consistente en adeudar dinero a las IPS y ESES, no pagar cartera conciliada superior a sesenta días o negarse a conciliar cartera, en caso de mantenerse por más de un mes se hará efectivo el traslado obligatorio de los usuarios a EPSS que se encuentren en el municipio en ejercicio de la libre escogencia.
- d) El Artículo 4 establece el procedimiento para el traslado de los usuarios a las EPSS que cumplan con los mínimos establecidos en el Decreto.
- e) El Artículo 5 y 6 establece que en los 12 meses siguientes a la vigencia del Decreto, deberá ajustarse técnica, administrativa y financieramente para prestar sus servicios en las regiones delimitadas por la norma, estas regiones mantienen la estructura del Acuerdo 415 de 2009, es decir:
- i) Zona Norte: Córdoba, Sucre, Bolívar, Magdalena, Guajira, Cesar, Atlántico, San Andrés y Providencia.
 - ii) Zona Noroccidental: Antioquia, Chocó, Caldas, Risaralda, Quindío, Tolima.
 - iii) Zona Centro Oriente: Bogotá D.C, Cundinamarca, Boyacá Norte de Santander, Santander
 - iv) Zona Sur: Valle, Cauca, Nariño, Huila.
 - v) Zonas Especiales: Arauca, Casanare, Meta, Guaviare, Guainía, Vaupés, Vichada, Putumayo y Amazonas

- f) El Artículo 7 establece las condiciones de operación regional de las EPSS en la cual se establece que deberá tener un número de afiliados en la región no menos del 15% de la población y no superior al 35%.
- g) El Artículo 8 establece un régimen especial para los prestadores de salud dentro de las zonas especiales, en los cuales se establece la coordinación entre las EPSS de dichas zonas para la prestación del servicio, incluyendo un sistema conjunto de cruce de cuentas. Estableciendo un plazo de 12 meses para adecuarse a los lineamientos del Decreto.
- h) El Artículo 9 establece en complemento de la disposición prevista en la ley 1122 de 2007, la obligación de contratar con la red pública hasta un 70% de la prestación de servicios de primero y segundo nivel, y un 30% de la prestación de servicios de segundo nivel y tercer nivel en otros municipios y departamentos que no hagan parte de la zona. Estableciendo solo en caso de falta de capacidad técnica la contratación con entidades privadas.
- i) El Artículo 10 establece un término de operación mínimo de las EPSS (Es decir la obligación del ente territorial de contratar con esa EPSS) de 5 años, salvo que existan situaciones de intervención forzosa administrativa, cierre de servicios o liquidación. Así mismo, en caso de no tener el número de afiliados mínimo, la empresa deberá dejar de prestar servicios en el municipio o ente territorial.
- j) El Artículo 11 Establece un régimen especial de fusiones obligando a estar a paz y salvo en la cartera con las IPS, ESES y proveedores.
- k) El Artículo 13 establece términos perentorios para la conciliación de cartera entre EPSS e IPS (60 días)
- l) El Artículo 14 establece un régimen especial de transición y ajustes para las EPSS de Cajas de Compensación Familiar, permitiendo Contratos asociativos entre ellas a nivel departamental y permitiendo que vuelvan a operar pese a que se hayan retirado voluntariamente del aseguramiento.
- m) Por último el Artículo 15 establece un régimen de transición de las EPSS indígenas el cual las excluye de las condiciones previstas en el Decreto hasta que se surta a cabo el proceso de consulta con las comunidades indígenas.



3. CONSIDERACIONES EN MATERIA DE PROTECCIÓN DE LA COMPETENCIA EN EL RÉGIMEN DE SUBSIDIADO DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD:

El sistema actual de salud colombiano, denominado Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), es el conjunto de mecanismos que permite regular el servicio público esencial de la salud, generando las condiciones necesarias para el acceso a los servicios de salud de todos los habitantes del territorio nacional¹. El Sistema permite la participación del sector privado en conjunto con las entidades públicas de manera regulada².

El Régimen subsidiado se financia con recursos de la Nación, recursos propios de los entes territoriales y del Fondo de Solidaridad y Garantía. Todos estos recursos son trasladados a las entidades territoriales para que éstas, de acuerdo con sus competencias, los distribuyan así: "subsidio a la demanda", que es el pago a las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado (EPSS) para garantizar continuidad y ampliación de coberturas de afiliación en términos de número de personas afiliadas por municipio; "subsidio a la oferta", que corresponde a la prestación de los servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda; pago directo de prestación de servicios de salud; y actividades de salud pública.

El régimen subsidiado, se administra a través de contratos suscritos entre las direcciones locales, distritales o departamentales de salud y las EPSS que afilian a los beneficiarios del mismo. Con el fin de optimizar la operación del Régimen Subsidiado en el país, se planteó un esquema de Operación Regional de las EPSS, procurando así estabilidad financiera, capacidad resolutive y una mejor capacidad de inspección³, vigilancia y control por parte de los entes territoriales. De esta forma, se establecieron cinco Regiones de operación y un proceso de habilitación de las EPSS por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, con el fin de permitir la operación de dichas entidades en los Entes Territoriales.

Bajo este esquema, el aseguramiento de la salud es administrado por las EPSS, a las que los entes territoriales⁴ traspasan la mayoría de los recursos, como resultado de los contratos de aseguramiento que se suscriben con éstas, garantizando así la atención en salud a la población de cada municipio.

¹Ley 100 de 1993, artículo 1º: "SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL. El sistema de seguridad social integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten. [...] El sistema comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios, materia de esta Ley, u otras que se incorporen normativamente en el futuro."

²Constitución Política, artículo 48.

³ El Acuerdo 294 de 2005 del Consejo Superior de Seguridad Social en Salud establece que el Régimen Subsidiado de salud Operará de Manera Regional.

⁴ Los entes territoriales ostentan funciones de dirección y organización de los servicios de salud para garantizar la salud pública y la oferta de servicios de salud por parte de Instituciones Públicas, tal y como lo establece el inciso 2º del artículo 174 de la Ley 100 de 1993.

Al contestar favor indique el número

de radicación que se indica a continuación:

Radicación: 12-142803- -1-0 - 2012-09-05 09:17:55

Sede Centro: Carrera 13 No. 27-00 pisos 3,4,5,6 y 10 PBX: 5870000

Sede CAN: Av. Carrera 50 No. 26- 55 int. 2 Tel (57 1) 5880234

Conmutador: (57 1) 587 00 00 Fax: (57 1) 587 02 84

Call center: (571) 592 04 00 Línea gratuita nacional: 018000-910165

Web: www.sic.gov.co e-mail: info@sic.gov.co Bogotá D.C. Colombia



La prestación efectiva de los servicios de salud a los pacientes la llevan a cabo las IPS (Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud) tanto públicas (hospitales del Estado y Empresas Sociales del Estado), como privadas, que contratan con las EPS y entes territoriales y derivan los ingresos para su funcionamiento, de los pagos que reciben por concepto de servicios prestados, bien sea por parte de las aseguradoras, o de los entes territoriales cuando contraten directamente con éstos. Es pertinente tener en cuenta que en el régimen subsidiado la obligación de garantizar los servicios a los usuarios es compartida entre las EPS del régimen subsidiado quienes garantizan el POSS que es un poco más reducido que el POS del régimen contributivo, y el Estado en cabeza del ente territorial, que garantiza lo no cubierto por éste⁵, con recursos destinados para tal fin.

En línea con lo anterior, las EPSS garantizan los servicios de salud prestándolos directamente o contratando la prestación de los mismos con Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS⁶.

En concordancia con estas disposiciones, el Artículo 159 de la Ley 100 de 1993 estableció las garantías de los afiliados, dentro de las que se encuentran la libertad de escogencia de entidad aseguradora, la atención de los servicios del plan obligatorio de salud por parte de la entidad promotora de salud respectiva a través de las instituciones prestadoras de servicios adscritas, la atención de urgencias en todo el territorio nacional y la escogencia de las instituciones prestadoras de servicios y de los profesionales entre las opciones que cada entidad promotora de salud ofrezca dentro de su red de servicios.

4. EFECTOS DEL PROYECTO SOBRE LA COMPETENCIA:

El primer punto para efectos del análisis es determinar en que compiten las EPSS y su relación entre las EPSS y las IPS (en especial de las IPS Públicas).

De acuerdo con el documento Precios y Contratos en Salud, las EPSS y las IPS son dos mercados interconectados. En los cuales las EPSS, tienden a generar un poder de mercado sobre las IPS que se asemejaría a un monopsonio, ya que las primeras tienen un menor grado de integración⁷. Este mayor poder se debe a que i) Reciben el pago directo del Estado y como tal controlarían los flujos de caja del resto del sistema⁸

⁵ De conformidad con la Ley 715 de 2001 y el Artículo 31 del Decreto 806, es competencia de las Entidades Territoriales la prestación de servicios en lo no cubierto por subsidios a la demanda, es decir lo no cubierto por el contrato celebrado entre las entidades territoriales y la EPS del régimen subsidiado.

⁶ De conformidad con lo establecido en el artículo 179 de la Ley 100 de 1993 "(p)ara garantizar el plan de salud obligatorio a sus afiliados, las entidades promotoras de salud prestarán directamente o contratarán los servicios de salud con las instituciones prestadoras y los profesionales. Para racionalizar la demanda por servicios, las entidades promotoras de salud podrán adoptar modalidades de contratación y pago tales como capitación, protocolos o presupuestos globales fijos, de tal manera que incentiven las actividades de promoción y prevención y el control de costos. Cada entidad promotora deberá ofrecer a sus afiliados varias alternativas de instituciones prestadoras de salud, salvo cuando la restricción de oferta lo impida, de conformidad con el reglamento que para el efecto expida el consejo nacional de seguridad social en salud."

⁷ Ruiz Gómez y Otros, Precios y Contratos en Salud, Ministerio de la Protección Social, 2008, págs. 41 y 42.

⁸ Las EPSS tienen una mora superior a 90 días con el resto del sistema de \$1.351.677.954.

Al contestar favor indique el número
de radicación que se indica a continuación:
Radicación: 12-142803- -1-0 - 2012-09-05 09:17:55

Sede Centro: Carrera 13 No. 27-00 pisos 3,4,5,6 y 10 PBX: 5870000

Sede CAN: Av. Carrera 50 No. 26- 55 int. 2 Tel (57 1) 5880234

Commutador: (57 1) 587 00 00 Fax: (57 1) 587 02 84

Call center: (571) 592 04 00. Línea gratuita nacional: 018000-910165

Web: www.sic.gov.co e-mail: info@sic.gov.co Bogotá D.C. Colombia



ii) Tienen mejor información que los demás agentes del sistema (sobre costos principalmente)⁹.

Los efectos de este modelo de monopsonio son principalmente que pueden capturar las eficiencias de los prestadores de servicios en beneficio propio mientras que su fuente de ingresos es relativamente segura (Al estar regulado el precio de la prestación del servicio de cada persona, a través de la Unidad de Pago por Capitación¹⁰, y los servicios mínimos incluidos a través del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado).

El modelo actual, por tanto genera restricciones a la hora de competir por precio y también limita en el régimen subsidiado la prestación de servicios adicionales, por lo cual la única variable en la cual en principio competirían las EPSS es la calidad del servicio, una variable que es de difícil medición y de bajo nivel de percepción por parte del consumidor. La otra, y quedó manifestado en la Resolución 46111 de 2011 es la decisión de prestar servicios dentro del POS o por fuera del POS, el cual si bien no es el propósito inicial de las normas, finalmente es un factor a tener en cuenta dentro de la operación de las EPSS¹¹

Con el fin de mejorar la posición relativa de las IPS y ESES (Prestadores de Servicios), la ley 1122 de 2007, estableció en su artículo 16° la obligación de contratar, dentro del régimen subsidiado, un 60% de los servicios con los hospitales públicos de la zona donde opere la EPSS.

Esta disposición si bien tiene como propósito garantizar un ingreso a los hospitales públicos, en la práctica constituye un desincentivo para mejorar el único aspecto real de competencia dentro del sistema, una mejora en la calidad del servicio hospitalario.

En este contexto, el sector de salud presenta pocas variables susceptibles de competencia, donde el Proyecto de Decreto introduce nuevos aspectos que generan nuevos aspectos a tener en cuenta.

⁹ No sobra indicar que esta Delegatura ya ha establecido al existencia de un acuerdo entre EPS del régimen contributivo con el fin de, según los costos de un determinado tipo de servicio, determinar qué servicios las empresas estarían dispuestas a considerar como incluidas dentro del Plan Obligatorio de Salud, aprovechando las dificultades por parte de la entidades regulatorias de determinar el contenido preciso de los servicios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, en ese acuerdo, las EPS-C incluso estableciendo dentro del acuerdo parámetros para ocultar información al regulador con el fin de manipular el alcance de los servicios y generar utilidades adicionales por cuenta de los cobros de servicios NO-POS, ver Resolución SIC 46111 de 2011.

¹⁰ Artículo 182 Ley 100 de 1993

¹¹ Si bien estos argumentos son para el régimen contributivo, los efectos de las sentencias de la Corte Constitucional que han ampliado los alcances del POS, son también aplicables al POSS "De los anteriores elementos probatorios, es dable concluir que las afirmaciones de algunos apoderados, encaminadas a que no existe una prestación de servicios NO POS en el régimen contributivo sin recobro ante el FOSYGA, no son ciertas. Como es aceptado por los mismos agentes del mercado, se realiza un análisis costo-beneficio para establecer la necesidad o no de realizar una prestación de este tipo, Así, considera este Despacho que la negación de una diferenciación entre EPS en cuanto a la cobertura ofrecida y por ende una existencia de preferencias para los afiliados no es una realidad del mercado" Resolución 46111 de 2011 página 91.



El proyecto tiene como evidente intención concentrar más el mercado de aseguramiento, con el fin de garantizar una suficiencia financiera a las EPS, con el fin de que garanticen la prestación de los servicios.

Con el fin de ilustrar los efectos del Decreto se tomó a modo de ejemplo, una región (Zonas Especiales)¹² y un departamento fuera de la zona con gran cantidad de municipios (Boyacá) con el fin de determinar si el proyecto cumple con sus propósitos y observar los efectos de la norma.

Primero se calcularon los índices de concentración de cada municipio en la región y el departamento estudiados¹³.

Luego de esto se aplicaron las disposiciones del Decreto proyectado en los siguientes términos.

- 1) No se analizó la situación de las EPSS que tiene situaciones de intervención forzosa, solo se hizo el cálculo eliminando a la empresa EMDISALUD para el departamento del Casanare.
- 2) En el caso que hubieran varias empresas que cumplen con el mínimo de usuarios, los usuarios de las EPSS salientes se repartieron dividiéndolo entre el número de EPSS que quedarán en la zona.

La concentración promedio por departamento en Zonas Especiales¹⁴ con los datos de 2011 y posterior a la aplicación del D son las siguientes:

DEPTO	HHI DIC 2011*	HHI PROYECTO	RELACION
AMAZONAS	5313,20	5518,82	205,62
ARAUCA	3415,25	3583,63	168,38
CASANARE	5774,41	6582,14	807,72
GUAVIARE	6645,97	7015,51	369,55
CAQUETA	5394,62	5581,11	186,49
GUAINIA	6628,34	6811,15	182,81

¹² Los datos de afiliados fueron tomados de los informes de auditoría realizados por la Superintendencia de Salud con corte de Diciembre de 2011 dentro de la página www.supersalud.gov.co, con excepción del departamento del Meta, departamento del cual se contó con el reporte dado por la Base de datos única de afiliados proveniente de la página www.fosyga.gov.co, con corte a Marzo de 2011, este dato se tomo por ausencia del informe y teniendo en cuenta que la participación de las EPSS no varía mucho en el tiempo como se explicará más adelante.

¹³ Se utilizó como índice de concentración el denominado HHI el cual consiste en la sumatoria de los cuadrados de las participaciones del mercado de cada uno de sus intervinientes, para determinar su participación se utilizó el número de afiliados por empresa, los resultados de este ejercicio se aportan con el presente concepto en medio magnético en (1) folio. Se tiene que mercados con índice superiores a 1800 son altamente concentrados, lo cual implica generalmente riesgos significativos para la competencia. Un índice de 5000 generalmente indicaría un duopolio, índice mayores a 5000 implican que una empresa tiene una participación muy superior a las demás de tal manera que puede considerarse próxima a tener un monopolio y 10000 un monopolio.

¹⁴ El objetivo es hacer un ejercicio hipotético para determinar en cierta medida por departamento que tanta oferta tiene un usuario del departamento. Para ellos, se determinó el índice de concentración promedio del departamento entendido como el producto de las concentraciones de cada municipio del departamento multiplicada por la población del municipio y dividida por la población del departamento.

VAUPES	6728,78	6728,78	0,00
VICHADA	7897,42	8099,71	202,29
PUTUMAYO	4302,77	4724,26	421,49
META	4514,61	4895,77	381,16
BOYACA	4037,44	6265,17	2227,73

Fuente: FOSYGA, SUPERSALUD, Cálculos SIC

El índice HHI muestra que los usuarios tienen acceso a pocas EPS en sus regiones, y el proyecto tendería a aumentar dicha tendencia aunque de manera moderada en términos de la población total del departamento.

Sin embargo analizando el Departamento de Boyacá cuya variación en la concentración del mercado fue significativa se encontró que esto se explica porque las disposiciones crean monopolios en varios municipios de Boyacá¹⁵

En un mayor detalle se encontró que muchos de estos municipios tiene población menor a 400 habitantes, es decir, solo una empresa podría de manera efectiva cumplir con el requisito financiero establecido en el Artículo 2 del proyecto de Decreto, sin embargo, 24 Municipios del departamento con población entre 4000 a 7000 habitantes, entran en situación de un único oferente de servicios pese a que por su población podrían tener un competidor o incluso dos de acuerdo con la medida de carácter financiero. Esta situación afectaría a 123.765 personas que representan al 18 por ciento de la población del Departamento.

Esta situación no se observa en municipios con mayor población, donde existen una mayor cantidad de participantes en dicho mercado.

Esta situación de Monopolio creada por la norma, elimina cualquier posibilidad de competir, tanto más por el artículo 10 de la norma comentada que establece una contratación mínima por 5 años con las empresas aseguradoras una vez cumplan con las disposiciones del Decreto.

Por otro lado y con el fin de ver si el objetivo de garantizar una mayor participación regional de las EPSS se cumple con esta disposición se hizo el análisis de la región de Zonas Especiales.

¹⁵ 78 Municipios de 123 pasan de tener situaciones de mercado a Monopolio es decir el 36% de la población del Departamento.

Al contestar favor indique el número
de radicación que se indica a continuación:
Radicación: 12-142803- -1-0 - 2012-09-05 09:17:55

EPS REGION ZONAS ESPECIALES	
CAPRECOM	28%
HUMANA VIVIR	2%
MALLAMAS	2%
SELVASALUD	11%
SALUDVIDA	1%
SOLSALUD	2%
CAPRESOCA	10%
COMPARTA	7%
DUSAKAWI	2%
ASMET SALUD	1%
EMDISALUD	0%
ECOOPSOS	2%
COMFAMILIAR HUILA	3%
ASMETSALUD	12%
COMFACA	0%
CAFABA	0%
CAJACOPI	8%
AIC (IND)	1%
CONDOR	0%
EMSSANAR	3%
SALUD TOTAL	5%
CONVIDA	0%

Fuente: FOSYGA, SUPERSALUD, Cálculos SIC

Como se observa la única entidad que tiene el porcentaje mínimo para mantenerse en la región es CAPRECOM, que está sujeta a una medida de intervención forzosa.

5. CONCLUSIONES

- El proyecto crea por vía normativa monopolios en municipios donde perfectamente podría haber competencia.
- La contratación obligatoria por 5 años suprime en la práctica la competencia por los municipios, uno de los pocos factores donde las EPSS compiten.
- El proyecto igualmente, no logra de manera efectiva concentrar el mercado para que las EPSS cumplan con los mínimos regionales establecidos en el proyecto. Lo cual de aplicarse concentraría el mercado aún más en perjuicio de la libre escogencia por parte del usuario

6. RECOMENDACIONES

- a. Es preciso modificar el Artículo 2 del proyecto, para que en los municipios que posean de 4000 a 8000 afiliados, se garantice que al menos dos EPSS continúen funcionando en el municipio, esto para reducir el efecto de la medida sobre la competencia.
- b. Es importante suprimir el artículo 10 del proyecto, sobre la contratación por mínimo 5 años.
- c. Es recomendable suprimir los mínimos y máximos de participación regional, y permitir el acceso a empresas intervinientes en otras regiones con mayor libertad.

Con el fin de dar cumplimiento al Artículo 7 del Decreto 2897 de 2010, se deberá publicar en la parte resolutive del acto administrativo definitivo, las Conclusiones y Recomendaciones indicadas en esta comunicación

Atentamente,

(ORIGINAL FIRMADO) Carlos Pablo Márquez Escobar

CARLOS PABLO MÁRQUEZ ESCOBAR
SUPERINTENDENTE DELEGADO PARA LA PROTECCION DE LA COMPETENCIA

Elaboró: Juan Carlos Roa- Sergio Murillo
Revisó: Melba Castro Cortés
Aprobó: Pablo Márquez