

# ¿Por qué se limita la integración vertical en el sector salud en Colombia?

## Why is vertical integration restricted in colombia's health sector?

Carlos MERLANO<sup>1</sup>,  
Yuri GORBANEFF<sup>2</sup>

### Resumen

En el sector salud colombiano se busca limitar la integración vertical entre Entidades Promotoras de Salud EPS e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS para evitar prácticas restrictivas a la competencia, sin embargo la evidencia empírica señala que no es concluyente el efecto de la integración vertical sobre la competencia entre aseguradoras. El trabajo coloca esta Hipótesis sobre la base de la evidencia teórica y empírica, y muestra que la integración vertical no tuvo efectos sobre la competencia de las Entidades Promotoras de Salud EPS del Régimen Contributivo en el período posterior a la aplicación de la restricción del 30% de contratación entre aseguradores y prestadores de servicios de salud.

**Palabras Clave:** Economía, asignación de recursos, integración vertical, concentración, poder de mercado, competencia.

**Palabras clave descriptores:** Servicios de salud, estudios de caso, sector de atención en salud, Bogotá D.C., (Colombia).

---

<sup>1</sup> Profesor de Catedra del Departamento de Administración, Pontificia Universidad Javeriana. Correo electrónico: [cmerlano@javeriana.edu.co](mailto:cmerlano@javeriana.edu.co)

<sup>2</sup> Profesor del Departamento de Administración, Pontificia Universidad Javeriana. Correo electrónico: [yurigor@javeriana.edu.co](mailto:yurigor@javeriana.edu.co)

# Why is vertical integration restricted in Colombia's health sector?

## Abstract

In Colombia, the Health industry is restricted from vertically integrating the Health Management Organizations (EPS) with the Health Service Providers (IPS) in order to avoid antitrust competitive conditions. However, the empirical evidence in this regard is inconclusive. This paper analyzes this antitrust hypothesis, contrasting it to the empirical and theoretical evidence at hand, and shows that vertical integration had no effect on EPS competition in the period after the restriction on 30% contracting between both types of entities was enforced.

**Keywords authors:** economics, resource allocation, vertical integration, concentration, market power and competition.

**Keywords descriptive:** health, case studies, health care sector, Bogotá DC (Colombia).

## Introducción

En el sector salud en Colombia, a través del artículo 15 de la Ley 1122 de 2007, se busca limitar la integración vertical entre aseguradoras (EPS) y prestadores de servicios de salud (IPS). El legislador indicó el riesgo que tiene la integración vertical para la competencia entre aseguradoras, porque permite a las EPS obtener posiciones dominantes en el mercado (Gacetas Congreso, 2006). Del mismo modo, los investigadores Ramón Abel Castaño Yepes y Félix Martínez (2004), señalaban que con la integración vertical se pierden los beneficios de la competencia entre EPS, y el Presidente de Colombia de entonces, mencionó que el proceso de integración vertical podía llevar a una consolidación de monopolios de las aseguradoras (Comunicado de prensa, 2006).

De otra parte, el investigador Jairo Humberto Restrepo (2007) concluye que: *“en Colombia un sistema de salud en el cual haya independencia entre empresas aseguradoras y prestadoras del servicio de salud produce menos beneficios que un sistema en el cual haya integración vertical”*, y reconoce en este estudio que los beneficios de la integración vertical dependen del tamaño del mercado y participación de las firmas, aunque no se menciona como sería el nivel de competencia entre aseguradoras bajo un esquema de integración vertical.

En la discusión teórica actual sobre los efectos que tiene la integración vertical sobre la competencia en el sector de la salud, que expondremos más adelante, no hay un consenso sobre el efecto anticompetitivo, que pueda generar este arreglo institucional. Según el resumen de la literatura sobre el sector salud en Colombia, existen estudios sobre integración vertical de Castaño (2004) y Restrepo (2007), y se realizó un estudio sobre concentración de aseguradoras y prestadoras de Gorbaneff y otros (2008), pero un estudio de los efectos de la integración vertical sobre la competencia de los aseguradores en el sector salud no se ha realizado hasta la fecha.

Entonces, ¿Cuál fue el efecto de la limitación de la integración vertical patrimonial en la competencia de las aseguradoras en el sector salud en Colombia?

Este artículo de investigación de los efectos de la integración vertical en la competencia entre aseguradoras, ayuda a fortalecer la discusión de las reformas que próximamente se llevarán cabo en el sector salud colombiano.

La primera sección hace un resumen de literatura. La segunda, presenta la metodología; la tercera, los hallazgos; la cuarta, discute los resultados y concluye.

## Literatura

La integración vertical de la cadena productiva como una situación intermedia de competencia imperfecta desde la óptica neoclásica aparece como consecuencia de los esfuerzos que se hacen para obtener un poder monopólico, y esta concepción ha proporcionado la base intelectual para la aplicación de políticas antimonopólicas a nivel mundial. Algunos autores como Gal-or (1997 y 1999), Rey & Tirole (2003) consideran que la Integración vertical genera efectos negativos para la competencia porque al reducirse las opciones de los prestadores las aseguradoras garantizan sus beneficios y a través de contratos de exclusividad se pueden crear barreras que impiden el acceso a las empresas a un mercado particular. Sin embargo Tirole, explica que respecto a los efectos que tiene para la competencia la integración vertical no es del todo claro y depende en gran medida del ambiente en el cual se desarrollen las empresas de un sector, es decir que podrían generarse situaciones anticompetitivas, a través de contratos de exclusividad que prevengan la entrada de nuevas firmas.

De otra parte, las teorías de los costos de transacción, señalan como estos arreglos institucionales surgen con el fin de minimizar el costo total de la realización de transacciones, es decir, que estas estructuras tienen mayores probabilidades de convertirse en la estructura de gobernación preferida mientras mayor sea el grado de cumplimiento forzoso de un contrato a largo plazo, nivel de especificidad de los activos, incertidumbre y complejidad. Por lo tanto según predice la teoría de los costos de transacción, a medida que aumentan los costos de los contratos incompletos a largo plazo, es probable que estructuras de organización interna como la integración vertical se vuelva más atractivo. Lo anterior, es señalado por autores como: Williamson (1975), Klein (1978), Crawford y Alchian (1978) y Joskow (1991).

Otros autores como: Motta (2003), Cooper y otros (2005), Gaynor y Hass-Wilson (2006) y Michiel Bijlsma y otros (2008), desde el punto de vista de los costos de transacción, llegan a la conclusión que la IV proporciona mejoras en el bienestar y en la eficiencia en el sector salud y solamente genera poder de mercado y abusos de posición dominante cuando existe una sola aseguradora que se asegure un mercado.

Por lo dicho en los párrafos anteriores, en la discusión teórica actual sobre los efectos que tiene la integración vertical y más específicamente las consecuencias para la competencia de las aseguradoras en el sector de la salud, no hay un consenso sobre el efecto anticompetitivo, que pueda generar este arreglo institucional.

En el caso del sector salud colombiano, encontramos autores como Restrepo (2007) que están de acuerdo con la IV porque produce una solución superior en términos de mayores beneficios tanto para aseguradores como prestadores a la que se obtiene si estos actuaran independientemente. Sin embargo Castaño Gómez (2004) considera que la integración vertical crea incentivos a una menor productividad, innovación y competitividad debido a la eliminación de la competencia. Los autores Gorbaneff, Torres y Contreras (2008), consideran que las EPS colombianas están interesadas en la integración vertical debido a

los altos costos de transacción, percibidos por ellas, en la entrada al sistema de salud, y el efecto de la IV sobre la competencia de las aseguradoras según estos autores, no está claro.

En el siguiente cuadro se puede ver un resumen de la posición de los investigadores mencionados anteriormente, sobre los efectos de la integración vertical en la competencia:

**Posición Investigadores sobre Efectos de la Integración Vertical en la Competencia**

INVESTIGADOR(ES)	EFEECTO INTEGRACION VERTICAL
Cooper y otros, 2005	SIN EFECTO
Gaynor y Haas-Wilson, 2006	SIN EFECTO
Motta 2004	SIN EFECTO
Gal-Or (1997)	NEGATIVO
Gal Or (1999)	NEGATIVO
Ramón Abel Castaño Gómez (2004)	NEGATIVO
Restrepo JH, y otros (2007)	SIN EFECTO
Gorbaneff Y, y otros (2008)	SIN EFECTO
Michiel Bijlsma y otros, 2008	SIN EFECTO
Rey and Tirole (2005)	NEGATIVO

Fuente: Elaboración de los autores.

Aparte de lo dicho anteriormente sobre la integración vertical, el sector de salud colombiano presenta sus propias complejidades a través de asimetrías de la información donde los costos de transacción no son observables por algunos de los actores del sistema, y en presencia de estas asimetrías el usuario final no está en condiciones de evaluar de manera adecuada la atención recibida. Con estas asimetrías de la información, nos encontramos con un tipo de competencia de suma cero según lo mencionaba Porter (2004), en la cual se presentan situaciones de búsquedas de poder de negociación en vez de de realizar esfuerzos para ofrecer unos mejores tratamientos. Este tipo de competencia de suma cero, restringe la escogencia y el acceso en vez de buscar ser mejor y más eficiente. No es casualidad que para arreglar las disputas en el sector salud se recurra con mucha frecuencia a demandas judiciales. Con el objetivo de corregir las fallas de este tipo de competencia, las aseguradoras deberían buscar la reducción de los tiempos de pago de las facturas a los prestadores y corregir procesos administrativos, mejorar los procesos de innovación, disminuir la transferencia de costos a los prestadores y a los pacientes, optimizar los procesos de transmisión de información a los actores del sistema y mejorar los desequilibrios de concentración entre las aseguradoras.

## Hipótesis

La limitación de la integración vertical en Colombia, no tuvo efectos sobre la competencia de las EPS del régimen contributivo, para los años 2007 a 2009.

## Metodología

Debido a la necesidad de medir el nivel de competencia entre las aseguradoras, se tomaron los datos de las cuotas de mercado de cada aseguradora con corte a diciembre 31 de 2007, 2008 y 2009 para el Régimen Contributivo (Supersalud, 2010). La medición del nivel de competencia entre las EPS, se hace a través de un índice que es ampliamente aceptado en la comunidad académica, simple de calcular y refleja la estructura de mercado y fue propuesto por Herfindahl (1950) basado en un estudio de Hirschman en 1945. Este índice conocido como Índice de Herfindahl-Hirschman o HHI, es una medida del tamaño de las empresas en relación con la industria y un indicador de la magnitud de la competencia entre ellos. Los aumentos en el índice de Herfindahl generalmente indican una disminución de la competencia y el aumento de poder de mercado, mientras que las disminuciones indican lo contrario. La principal ventaja del índice de Herfindahl en relación a medidas como el coeficiente de concentración es que da más peso a las grandes empresas.

$$HHI_i = \sum_{i=1}^n \left( \frac{P_{ij}}{\sum P_{ij}} \right)^2$$

Donde

N es la cantidad de empresas en el sector.

i una empresa.

P<sub>i</sub> cantidad de usuarios que tiene la empresa (i).

El HHI toma el valor de uno (1) cuando se trata de una empresa monopolística, el valor de un medio (½) para el caso de empresas oligopolísticas y el valor de cero (0) para empresas muy competitivas.

De otra parte, con el objetivo de medir el grado de integración vertical se tomaron los porcentajes de contratación de las EPS con las IPS propias reportados por las primeras para los años 2008 a 2009 (Supersalud, 2010). En Colombia se tiene un límite máximo del 30% de contratación de las EPS con su red propia, es decir que la integración vertical patrimonial entre EPS e IPS propias no puede superar dicho porcentaje.

Se hace la estimación de un modelo de regresión lineal mediante Mínimos Cuadrados Ordinarios, que tiene la ventaja de hacer una predicción del comportamiento de una variable en un punto o momento y los estimadores del modelo son insesgados, consistentes y eficientes, Gujarati (2003). El modelo de regresión lineal se expresa de la siguiente manera:

$$Ci = \beta_0 + \beta_1 I_i + \varepsilon_i$$

La variable dependiente  $Ci$  del modelo de regresión lineal es el índice HHI y la variable independiente  $I_i$  es la integración vertical de una EPS con su red propia, y  $\varepsilon_i$  son los errores aleatorios. Se espera que no exista una relación significativa entre la variable  $Ci$  y la variable  $I_i$ .

## Hallazgos:

Los resultados del cálculo del índice de HHI y de la estimación del modelo de regresión lineal, fueron los siguientes:

**Tabla 1.**  
**Cantidad de usuarios en el Régimen Contributivo para los años 2007 a 2009**

Administradoras	2007 Usuarios	2008 Usuarios	2009 Usuarios
ALIANSA SALUD EPS S.A.	428.717	409.901	372.730
CAFESALUD EPS S.A.	731.287	724.133	689.724
COMFENALCO VALLEE.P.S.	274.006	267.707	276.211
COMPENSAR E.P.S.	624.566	657.094	674.908
CRUZ BLANCAEPS S.A.	597.830	590.965	556.980
EPS Programa Salud "COMFENALCO ANTIOQUIA"	ND	ND	282.660
EPS   SURA.	1.205.030	1.427.658	1.388.009
FAMISANARLTDA.CAFAM - COLSUBSIDIO E.P.S.	1.278.069	1.499.770	1.685.782
GOLDEN GROUP S.A. EPS	ND	2.326	24.070
HUMAN HEART S.A.EPS	1.232.200	1.297.742	1.332.860
MULTIMEDICAS SALUD CON CALIDAD EPS S.A	ND	87	5.339
NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A. (1)	4.396.947	3.374.198	3.417.738
RED SALUD ATENCIÓN HUMANA E.P.S. S.A.	74.325	62.237	72.349
SALUD COLPATRIAE.P.S.	ND	74.954	69.621
SALUD COLOMBIA EN LIQUIDACION	63.971	56.797	58.087
SALUD TOTAL S.A. EPS	1.559.126	1.713.195	1.732.726
SALUDCOOP E.P.S.	3.259.121	3.306.536	3.350.855
SALUDVIDA E.P.S. S.A.	ND	161.562	168.508
SANITAS S.A. E.P.S.	771.813	815.212	851.233
SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUDS.A. - S.O.S.EPS	964.231	998.705	989.504
SOLSALUD S.A. EPS	238.541	222.490	199.270
<b>TOTAL AFILIADOS</b>	<b>17.699.780</b>	<b>17.663.269</b>	<b>18.199.164</b>

Fuente: Superintendencia Nacional de Salud.

- (1) Para el año 2007 se tomaron los datos de la Instituto de Seguros Sociales ISS, porque no existía la Nueva EPS.
- (2) Algunas EPS no reportaron a la Superintendencia el dato de número de usuarios o no existían.



Como se observa en la tabla 1, las 5 EPS más grandes, es decir, Saludcoop, la Nueva EPS, Sura, Famisanar y Salud Total, tienen más de 11 millones de afiliados, lo que representa un poco más del 60% del total de la población afiliada a las EPS.

El índice HHI para las EPS del régimen contributivo en Colombia para los años 2007, 2008 y 2009 es de 1.280, 1.106 y 1.080 respectivamente, lo que muestra una disminución de la concentración, como se ve en la tabla 2:

**Tabla 2**  
**Índice HHI para las aseguradoras en los años 2007 a 2009**

Administradoras	HHI 2007	HHI 2008	HHI 2009
ALIANSA SALUD EPS S.A.	0,000586686	0,000538537	0,000419455
CAFESALUD EPS S.A.	0,001707025	0,001680717	0,001436309
COMFENALCO VALLE E.P.S.	0,000239654	0,000229709	0,000230345
COMPENSAR E.P.S.	0,001245148	0,001383926	0,001375265
CRUZ BLANCA EPS S.A.	0,001140827	0,00111939	0,000936648
EPS Programa Salud "COMFENALCO ANTIOQUIA"	ND	ND	0,000241227
EPS   SURA.	0,004635109	0,006532903	0,005816767
FAMISANAR LTDA. CAFAM - COLSUBSIDIO E.P.S.	0,005214022	0,007209533	0,00858025
GOLDEN GROUP S.A. EPS	ND	1,73411E-08	1,74924E-06
HUMAN HEART S.A. EPS	0,004846483	0,005398021	0,005363721
MULTIMEDICAS SALUD CON CALIDAD EPS S.A	ND	2,42603E-11	8,60631E-08
NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.	0,061711588	0,036492109	0,035267499
RED SALUD ATENCIÓN HUMANA E.P.S. S.A.	1,76333E-05	1,241524E-05	1,580382E-05
SALUD COLPATRIA E.P.S.	ND	1,80073E-05	1,46345E-05
SALUD COLOMBIA EN LIQUIDACION	1,30626E-05	1,03397E-05	1,01872E-05
SALUD TOTAL S.A. EPS	0,007759374	0,009407439	0,009064772
SALUDCOOP E.P.S.	0,0339051	0,035043247	0,033900679
SALUDVIDA E.P.S. S.A.	ND	8,36635E-05	8,57311E-05
SANITAS S.A. E.P.S.	0,001901465	0,002130095	0,002187732
SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. - S.O.S. EPS	0,002967744	0,003196924	0,002956189
SOLSALUD S.A. EPS	0,000181631	0,000158664	0,000119889

Fuente: Cálculos de los autores, 2010.

En la tabla 3 se pueden ver los porcentajes de contratación de las EPS del Régimen contributivo con su red. Del total, 14 EPS reportan que a diciembre de 2009 no presentan integración vertical con su red y otras han tenido incrementos en su integración vertical como es el caso de Compensar EPS, Coomeva EPS, y el Grupo Saludcoop (Saludcoop EPS, Cafesalud EPS y Cruz Blanca EPS). Es importante anotar que ninguna de las EPS sobrepasa el límite máximo exigido del 30% de integración vertical patrimonial.

**Tabla 3**  
**Porcentajes de contratación de las EPS con IPS propias**

<b>Administradoras</b>	<b>% Porcentaje Contratación EAPB con IPS propia a diciembre de 2.008</b>	<b>% Porcentaje Contratación EAPB con IPS propia a diciembre de 2.009</b>
ALIANSA SALUD EPS S.A.	0	0
CAFESALUD EPS S.A.	9	16
COMFENALCO VALLE E.P.S.	19	16
COMPENSAR E.P.S.	0	21
COOMEVA E.P.S. S.A.	4	8
CRUZ BLANCA EPS S.A.	4	26
EPS Programa Salud "COMFENALCO ANTIOQUIA"	22	0
EPS   SURA.	16	14
FAMISANAR LTDA. CAFAM - COLSUBSIDIO E.P.S.	1	1
GOLDEN GROUP S.A. EPS	2	0
HUMAN HEART S.A. EPS	0	0
MULTIMEDICAS SALUD CON CALIDAD EPS S.A	0	0
NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.	0	0
SALUD COLPATRIA E.P.S.	0	0
SALUD COLOMBIA EN LIQUIDACION	0	0
SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	13	11
SALUDCOOP E.P.S.	3	14
SALUDVIDA E.P.S. S.A.	0	0
SANITAS S.A. E.P.S.	0	0
SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. - S.O.S. EPS	0	0
SOLSALUD EPS S.A.	18	0

Fuente: Superintendencia Nacional de Salud.

Correlaciones de la Competencia e IV			
		$C_i$	$I_i$
$C_i$	Correlación de Pearson	1	,015
	Significancia (bilateral)		,927
	N (observaciones)	42	42
$I_i$	Correlación de Pearson	,015	1
	Significancia (bilateral)	,927	
	N (observaciones)	42	42

El resultado de la correlación entre la variable dependiente de competencia  $C_i$  y la variable independiente de integración vertical  $I_i$  nos arroja un valor de 0,015, lo que quiere decir que existe una correlación muy baja entre el nivel de competencia e integración vertical de las aseguradoras de régimen contributivo. Un valor de uno (1) en el índice de correlación de Pearson expresa una correlación positiva perfecta y un valor de cero (0) que no existe una relación lineal.

Resumen del modelo

$R$	$R^2$	$R^2$ corregida	Error tipo de la estimación
,015	,000	-,025	,01035

Según el coeficiente de determinación  $R^2$  la competencia no puede ser explicada por la integración vertical de las aseguradoras.

ANOVA <sup>b</sup>					
Modelo	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Regresión	,000	1	,000	,009	,927
Residuos	,004	40	,000		
<b>Total</b>	<b>,004</b>	<b>41</b>			

Coeficientes					
Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
	$\beta$	Error típ.	$\beta$		
(Constante)	,005	,002		2,588	,013
$I_i$	,002	,020	,015	,093	,927

Si observamos el valor t de Student de 2,588 y su nivel de significancia, y teniendo en cuenta que los valores de los coeficientes son cercanos a cero, se acepta la hipótesis nula que la limitación de la integración vertical en Colombia, no tuvo efectos sobre la competencia de las EPS del régimen contributivo, para los años 2007 a 2009.

## Discusión y Conclusiones:

El estudio muestra que en la discusión teórica actual sobre los efectos que tiene la integración vertical en la competencia en el sector salud, no hay un consenso del efecto anticompetitivo, que pueda generar este arreglo institucional. A pesar de eso el Legislador a través de la normatividad vigente y acogiendo lo señalado por la literatura neoclásica, coloca un tope máximo de un 30% a la integración vertical patrimonial, para prohibir prácticas anticompetitivas y abusos de posición dominante, pero los resultados empíricos ponen de manifiesto que esta limitación no tiene ningún efecto sobre la competencia de las aseguradoras.

Los resultados empíricos del presente estudio muestran que, el índice HHI para las aseguradoras del régimen contributivo en Colombia para los años 2007, 2008 y 2009 es de 1.280, 1.106 y 1.080 respectivamente, es decir que ha disminuido la concentración y estos niveles están lejos de 1.800, que es el valor del HHI que puede ser el motivo para que las autoridades norteamericanas inicien la investigación antimonopólica, Cetorelli (1999). Una posible explicación de la disminución en la concentración de las aseguradoras, podría ser que la mayoría de usuarios que salieron del Instituto de Seguros Sociales no se afiliaron con la Nueva Empresa Promotora de Salud, sino con otras EPS.

Respecto al porcentaje de integración reportado por las EPS, ninguna de ellas sobrepasa el límite máximo exigido del 30% de integración vertical patrimonial, probablemente porque existen otro tipo de alianzas estratégicas entre aseguradoras y prestadoras que están separadas jurídicamente pero que se relacionan mediante contratos con diversos grados de exclusividad. También sería importante para el gobierno revisar la integración vertical desde IPS hacia EPS y no solo desde las EPS hacia las IPS como se viene controlando hoy día.

Una recomendación que hace el presente estudio es que el Legislador debería revisar la literatura de los costos de transacción para expedir normas que prohíban otro tipo de alianzas de los actores del sistema, diferentes a la integración vertical patrimonial, que podrían generar efectos anticompetitivos. Determinar alianzas o estrategias que van más allá de colocar un límite a la contratación del 30% de las aseguradoras con su red propia, promovería mejoras en la competencia y establecería reglas de juego claras y transparentes en el sector de la salud en Colombia.

Por último, en una futura investigación se podría determinar el efecto teórico de la integración vertical en la competencia y para medir el efecto de la competencia entre aseguradoras se podría ampliar el número de años de la muestra, para la estimación del modelo de regresión lineal.

## Referencias

1. Antecedentes artículo 15 Ley 1122 de 2007, Gacetas Congreso de la República 249/06, 510/06, 489/06, 485/06, 562/06, 658/06).
2. Bijlsma M, Meijer A, Shestalova V. Vertical relationships between health insurers and healthcare providers 2008. CPB Document No. 167.
3. Castaño R. Integración vertical entre empresas promotoras de salud e instituciones prestadoras de servicios de salud. *Revista Gerencia y Políticas de Salud* 2004, 3 (6): 35 - 51.
4. Cetorelli N, Gambera M, Banking Market Structure, financial dependence and growth: international evidence from industry data. Working Paper Series WP-99-8, Federal Reserve Bank of Chicago 1999.
5. Comunicado de prensa de la Casa de Nariño del 29 de marzo de 2006.
6. Cooper J, Froeb L, O'Brien D, Vita M. Vertical antitrust policy as a problem of inference, *International Journal of Industrial Organization*, 2005, Volume 23: 639 - 664.
7. Gal-or E. Exclusionary Equilibria in Health Care Markets 1997. *Journal of Economics & Management Strategy*, Volume 6, Number 1: 5 - 43. The profitability of vertical mergers between hospitals and physician practices 1999. *Journal of Health Economics*: 623 - 654.
8. Gaynor M, Haas-Wilson D. Is vertical integration anticompetitive? Definitely Maybe (But That's Not Final), *Journal of Health Economics* 2006, Volume 25: 175 - 180.
9. Gorbaneff Y, Torres S, Contreras N. Fuentes de poder de las aseguradoras frente a las prestadoras hospitalarias en el sistema de salud colombiano. El caso de la concentración industrial. *Revista Gerencia y Políticas de Salud* 2008, 7 (14): 177 - 186.
10. Gujarati D, *Basic Econometrics*. Mc Graw Hill 2003.
11. Herfindahl OC. *Concentration in the US Steel industry*. New York: Colombia University; 1950.
12. Joskow, P. "The Role of Transaction Cost Economics in Antitrust and Public Utility Regulatory Politics", *Journal of Law, Economics and Organization* 7, 1991, pp. 53-83.

13. Klein, B.; R. Crawford y A. Alchian. "Vertical Integration, Appropriable Rents, and the Competitive Contracting Process", *Journal of Law and Economics* 21, 1978, pp. 297-326.
14. Motta M. *Competition Policy. Theory and Practice* 2003.
15. Periódico el Pulso edición No. 65 de febrero de 2004 "Oportunismo o Calidad".
16. Porter M, Olmsted M, *Redefining competition in health care*, *Harvard Business Review* 2004.
17. Restrepo JH, Lopera JF, Rodríguez SM. La integración vertical en el sistema de salud colombiano. *Revista de Economía Institucional* 2007; 9 (17): 279 - 308.
18. Rey P, Tirole J. *A primer on foreclosure* 2003.
19. Superintendencia de Salud. *Datos porcentajes contratación EPS con IPS Propias*. Bogotá: Supersalud; 2010.
20. Superintendencia de Salud. *Datos usuarios EPS*. Bogotá: Supersalud; 2010.
21. Williamson, O. E. *Markets and Hierarchies: Analysis and Antitrust Implications*, New York, Free Press, 1975.