

Redefiniendo la competencia en el sector salud

por Michael E. Porter y Elizabeth Olmsted Teisberg

Modelos de competencia equivocados han hecho un desastre del sistema de salud estadounidense. Un modelo adecuado puede reparar el daño.

El sistema de salud estadounidense hace años registra un desempeño insatisfactorio tanto en términos de costos como de calidad. Si bien esto podría esperarse de sectores bajo control estatal, es casi inimaginable en un mercado competitivo. Y en Estados Unidos, la salud es predominantemente privada y está sujeta a más competencia que en casi cualquier otra parte del mundo.

Cuando la competencia es saludable, las incesantes mejoras de procesos y métodos impulsan a la baja de costos. La calidad de productos y servicios aumenta en forma continua. La innovación lleva a nuevas y mejores prácticas que se difunden rápidamente. Las empresas poco competitivas son reestructuradas o salen del mercado. Los precios ajustados al valor disminuyen y el mercado se expande. Esta trayectoria es común a todos los sectores que funcionan bien, como los de computadoras, telefonía móvil, banca y muchos otros.

El sector de la salud en EE.UU. no podría ser más distinto. Los altos costos siguen en aumento pese a los esfuerzos por reducirlos, y esa alza no está asociada a mejoras en la calidad. Todo lo contrario: los servicios médicos se han restringido o racionado, muchos pacientes reciben una atención que no cumple con los procedimientos o estándares vigentes y la tasa de errores médicos evitables se mantiene alta. Existen grandes e inexplicables diferencias de costos y calidad entre diversos prestadores y zonas geográficas. Además, tales diferencias se arrastran por largos períodos, debido a que la difusión de mejores prácticas es extraordinariamente lenta. En promedio, deben pasar 17 años para que los resultados de una prueba clínica se conviertan en una práctica estándar. Grupos importantes del sector ven la innovación como un problema, y no como un motor esencial para el éxito. Tomado en su conjunto, este panorama es inconcebible en un mercado que funciona bien. Y es

intolerable en el sector de la salud, donde están en juego la vida y la calidad de vida de las personas.

Creemos que la competencia es la raíz de los problemas de desempeño del sistema de salud estadounidense. Pero esto no significa que abogemos por el control estatal ni por un sistema de pagador único: estos enfoques sólo empeorarían las cosas. Por el contrario, la competencia es también la solución, pero la naturaleza de esa competencia en el sector salud debe cambiar. Nuestra investigación muestra que la competencia en el sistema de salud se da en el nivel equivocado, involucra los factores equivocados y ocurre en los mercados geográficos y momentos equivocados. De hecho, la competencia ha sido virtualmente eliminada justo ahí donde es más importante.

No hay villano en esta historia. Las malas políticas públicas han contribuido al problema, pero también lo han hecho las malas decisiones de los planes de salud, de los hospitales y de los empleadores que adquieren sus servicios. Décadas de "reformas" han sido en vano, y los intentos de cambio seguirán sin rendir frutos hasta que finalmente opere el tipo adecuado de competencia.

El sistema de salud puede conseguir aumentos impresionantes de calidad y eficiencia. Y los empleadores, principales compradores de servicios de salud, podrían liderar esa transformación.

Competencia de suma cero

En cualquier sector, la competencia debería aumentar el valor para los clientes con el tiempo, a medida que la calidad mejora y los costos bajan. Con frecuencia se afirma que el sector salud es diferente porque es más complejo, porque los consumidores disponen de información limitada y porque los servicios son altamente personalizados. Es innegable que la salud posee estas características, pero lo mismo puede decirse de otros sectores donde la competencia funciona bien. Por ejemplo, el sector de software y prestación de servicios técnicos personalizados a empresas es altamente complejo; pero, ajustado por calidad, el costo de la computación para empresas ha caído drásticamente en la última década.

En contraste, la competencia en el área de la salud se ha vuelto un juego de suma cero: los participantes del sis-

Michael E. Porter (mporter@hbs.edu) es Bishop William Lawrence University Professor de Harvard University. Establecido en Harvard Business School en Boston, es colaborador frecuente de HBR. Su artículo más reciente, "La ventaja competitiva de la filantropía corporativa" (HBR Diciembre de 2002), escrito con Mark R. Kramer, ganó el premio McKinsey. Elizabeth Olmsted Teisberg (teisberge@virginia.edu) es profesora asociada de negocios en Darden Graduate School of Business Administration de la University of Virginia, en Charlottesville, donde se especializa en innovación y estrategia.

tema dividen el valor en lugar de aumentarlo. En algunos casos, incluso pueden erosionar el valor al crear costos innecesarios. La competencia de suma cero en el sector salud se manifiesta de varias maneras. Primero, toma la forma de un traspaso de costos en lugar de una reducción fundamental. Los costos se traspasan del pagador al paciente, del plan de salud al hospital, del hospital al médico, del asegurado al no asegurado, y así. Transferir los costos de un actor a otro, como una papa caliente, no crea valor neto. En lugar de eso, la ganancia para un participante se produce a expensas de otros, y muchas veces con costos administrativos adicionales.

Segundo, la competencia de suma cero implica la búsqueda de mayor poder de negociación, en lugar de un esfuerzo por mejorar la atención. Planes de salud, grupos hospitalarios y agrupaciones de médicos se han consolidado principalmente para ganar influencia y obtener mejores acuerdos con prestadores o clientes. Pero los aumentos en calidad y eficiencia generados por esa consolidación son bastante modestos.

Tercero, la competencia de suma cero restringe la elección y el acceso a los servicios, en lugar de mejorar la atención y hacerla más eficiente. Tal como está estructurado actualmente, el sistema lleva a que los planes de salud sólo ganen dinero rehusando pagar por las prestaciones y limitando las opciones de afiliados y médicos. Planes y prestadores restringen el acceso de los pacientes a las innovaciones médicas o limitan la cantidad de prestaciones cubiertas. Muchos planes pagan a los hospitales una suma fija por la admisión de pacientes y no por el tratamiento completo. Esto crea un incentivo para que los hospitales usen tratamientos más baratos en lugar de otros más efectivos e innovadores, y si en consecuencia el paciente debe ser readmitido, a los hospitales se les vuelve a pagar.

Cuarto, la competencia de suma cero depende del sistema de justicia para la resolución de disputas. Pero los litigios sólo agravan la situación. Aumentan los costos en forma directa (por efecto de honorarios legales y gastos administrativos) e indirecta (por la práctica innecesaria de una medicina defensiva), nada de lo cual crea valor para los pacientes. Además, de los miles de millones de dólares que los médicos y hospitales gastan anualmente en seguros por negligencia profesional, menos de 30% va a parar a los pacientes lesionados o sus familias.

¿Qué sucedió?

La competencia de suma cero en el sector salud es el resultado de una serie de desafortunadas opciones estratégicas tomadas por casi todos los actores del sistema, las que fueron motivadas –y en algunos casos reforzadas– por malos incentivos introducidos por la autoridad reguladora. Éstos incluyen:

El nivel de competencia equivocado. Actualmente, el problema más fundamental y menos reconocido del

sistema de salud estadounidense es que la competencia se da en el nivel equivocado. Se produce en el nivel de los planes de salud, redes y grupos hospitalarios, cuando debería darse en la prevención, diagnóstico y tratamiento de condiciones de salud individuales o concurrentes. Es en este nivel donde se crea –o se destruye– el verdadero valor, enfermedad por enfermedad y paciente por paciente. Es aquí donde persisten las inmensas diferencias de costos y calidad. Y es aquí donde la competencia mejoraría la eficiencia y la eficacia, reduciría los errores y estimularía la innovación. Sin embargo, la competencia en el nivel de las condiciones de salud individuales es prácticamente inexistente.

Los fundamentos económicos del sector salud se determinan en el nivel de las enfermedades o condiciones. Numerosos estudios muestran que, cuando un médico o un equipo tratan a un gran número de pacientes que tienen una misma enfermedad o condición, se obtienen mejores resultados y costos más bajos (para más sobre este concepto, vea el recuadro “La experiencia importa”). Por ejemplo, el renombrado Texas Heart Institute (THI) se enorgullece de tener costos quirúrgicos que varían entre un tercio y la mitad de los costos de otros centros médicos universitarios, no obstante aceptar los casos más difíciles y utilizar las tecnologías más recientes. Producto de su especialización, THI atrae a los pacientes más complejos y exigentes, lo que acelera aún más su aprendizaje.

En el sector salud, al igual que en muchos otros sectores, los costos y la calidad pueden mejorar simultáneamente a medida que los prestadores previenen errores, aumentan su eficiencia y adquieren experiencia. Como muchos sectores nos han enseñado, “hacer las cosas bien a la primera” no sólo mejora los resultados, sino que puede reducir drásticamente los costos. Luego, en el sector salud, la disparidad entre costos y calidad baja significativamente cuando la competencia se da en el nivel adecuado.

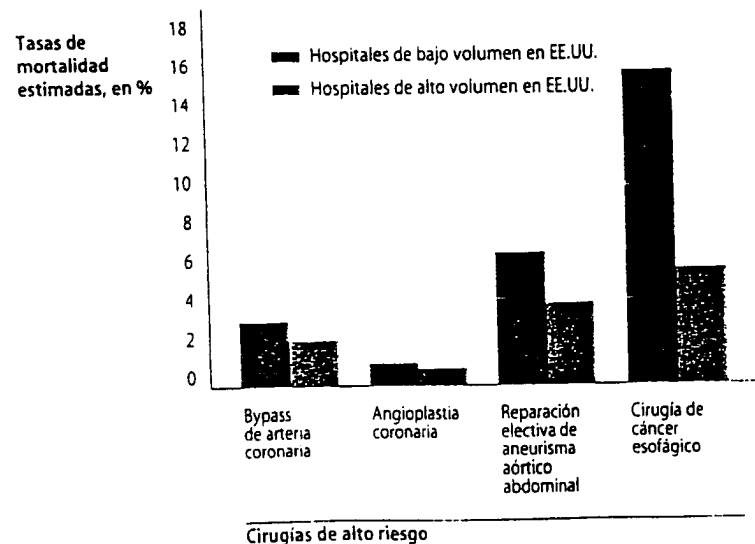
La competencia en el nivel de las enfermedades y condiciones individuales está cobrando aun mayor importancia, a medida que la investigación médica revela que los diagnósticos y tratamientos deberían ser cada vez más especializados. El cáncer de próstata, por ejemplo, hoy es considerado como seis enfermedades distintas que requieren diferentes tratamientos. Los prestadores deberían competir para ser los mejores en el tratamiento de un determinado conjunto de problemas, y los pacientes tener la libertad de acudir a los prestadores con los mejores historiales en cada circunstancia particular. Bajo el sistema actual, en que el tratamiento de los pacientes está determinado por la red a la cual pertenecen, los prestadores integrados a esa red tienen el negocio prácticamente asegurado.

El objetivo equivocado. La competencia en el nivel equivocado se ha visto exacerbada por la persecución del objetivo equivocado: reducir costos. Peor aún, el objetivo muchas veces no ha sido reducir los costos totales de atención, sino los costos incurridos por los intermediarios del sistema: los planes de salud y los empleadores. El objetivo correcto es mejorar el valor (la calidad de los resultados médicos por dólar gastado), y este valor sólo puede medirse en el nivel de enfermedad y tratamiento. Competir exclusivamente en costos tiene sentido en sectores de commodities, donde todos los vendedores son más o menos iguales. Claramente, éste no es el caso del sector salud. Pero esa suposición perversa –en la que ni compradores ni vendedores creen realmente– determina el comportamiento de los participantes del sistema. Pagadores, empleadores e incluso prestadores no dedican suficiente atención al logro de mejores resultados y al aumento del valor en el tiempo, que es lo que realmente importa.

Las formas de competencia equivocadas. En lugar de competir para aumentar el valor en el nivel de las enfermedades y condiciones individuales, los actores del sector han entrado en cuatro tipos nocivos de competencia, todos los cuales tienen infortunadas consecuencias. Uno es la competencia anual entre los planes de salud para captar nuevos afiliados. Debido a las fuertes restricciones impuestas por las redes, la afiliación a un plan de

La experiencia importa

Cuanta más experiencia tienen los médicos y equipos en tratar a pacientes aquejados de una determinada enfermedad o condición, más probable es que consigan mejores resultados y, en último término, costos más bajos. Al efectuar los mismos procedimientos una y otra vez, los equipos incrementan sus oportunidades de aprendizaje y por ende disminuyen las tasas de mortalidad.



Fuente: John D. Birkmeyer, Leapfrog Safety Standards. The Potential Benefits of Universal Adoption, Noviembre 2000

salud bloquea buena parte de la competencia en el nivel de enfermedades y tratamientos. Y como el compromiso entre el afiliado y el plan de salud es por sólo un año, tanto pagadores como empleadores tienen incentivo para pensar en el corto plazo, en lugar de invertir en prácticas y terapias que aumentarán el valor en el tiempo.

Otra forma de competencia improductiva ocurre cuando los prestadores compiten para ser incluidos en las redes de los planes de salud ofreciendo fuertes descuentos a los pagadores y empleadores con grandes universos de pacientes. No hay lógica económica que justifique tales descuentos.

Tratar a un paciente empleado por una gran empresa no cuesta menos que tratar a un trabajador independiente. No es más eficiente atender el doble de pacientes con una distribución aleatoria de enfermedades; cada paciente igual es atendido individualmente y según sus circunstancias particulares. Ofrecer grandes descuentos a cambio de un mayor flujo general de pacientes simplemente traspasa los ingresos desde los prestadores a los planes de salud o a los grandes empleadores. Esto crea beneficios artificiales para los grandes grupos y traspasa los costos a los grupos pequeños, a los individuos no afiliados, a los pacientes que buscan

Cómo la reforma se equivocó

Los intentos por reformar el sistema de salud estadounidense han fracasado porque se han basado en un diagnóstico equivocado del problema.

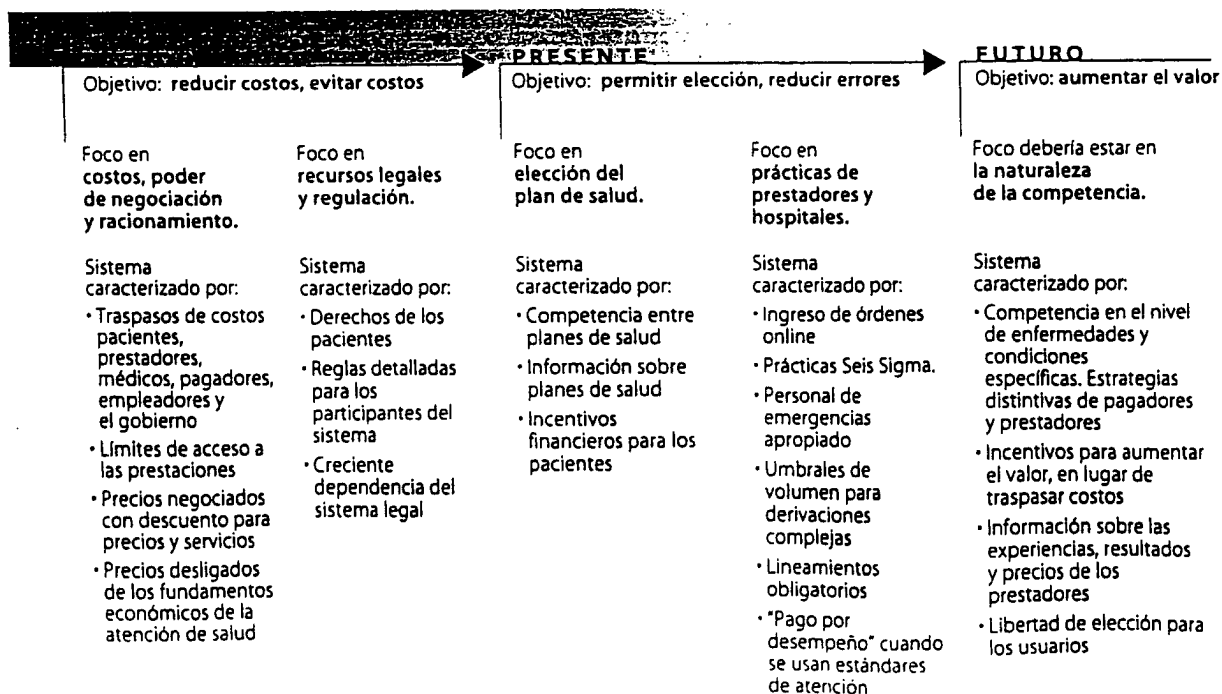
Estas iniciativas de reforma no se han traducido en una competencia significativa en el nivel de enfermedades y condiciones específicas, que es donde se crea valor en medicina. Con la competencia en el nivel equivocado, todos los participantes del sistema —usuarios, prestadores, empleadores y aseguradores— han actuado de manera contraproducente. La tabla "La evolución de los modelos de reforma" entrega una perspectiva histórica.

La era de la salud gestionada (*managed care*) se enfocó principalmente en los costos; los reformadores trataron la atención de salud como si fuera un commodity. Para recortar gastos, los pagadores traspasaron costos y buscaron agresivamente un mayor poder de negociación. Los prestadores hicieron lo mismo. Los servicios fueron racionados y hubo pocas mejoras reales en eficiencia. Irónicamente, los costos siguieron en aumento.

En reacción a la salud gestionada, los reformadores trataron de dar más derechos legales a los pacientes. Esas iniciativas terminaron por sobrecargar a los prestadores con instancias adicionales de regulación, y con mayores costos. Exigir que los hospitales y médicos describieran a una declaración de derechos de los pacientes eliminó algunos de los casos más flagrantes de racionamiento impulsado por costos por parte de los prestadores, pero dejó intacta la causa fundamental del comportamiento de los prestadores: una competencia estructurada para obligar a los actores a enfocarse en los costos. Los que subieron aún más.

Cuando resultaron fútiles sus intentos de reparar el sistema por medios legales y reguladores, los reformadores empezaron a enfocarse en la elección de los consumidores. Si bien éste es un tema válido, la elección del plan de salud por parte de los afiliados no es la elección que realmente importa. Hoy los consumidores tienen pocas opciones al momento de elegir prestadores y tratamientos, y no están en posición de tomar decisiones informadas

La evolución de los modelos de reforma



atención fuera de su red y a los no asegurados, con poca o ninguna compensación en términos de valor. Esta transferencia de costos termina aumentando los costos generales -incluso para los grandes grupos- al incrementar el número de pacientes sin seguro que deben ser tratados en lugares caros (salas de emergencia, por ejemplo) y, por ende, la cantidad de atención gratuita que debe ser subvencionada.

Los prestadores también compiten para ver quién forma el grupo más grande y poderoso, capaz de ofrecer una completa gama de servicios. Aquí, también, es

poco lo que gana en términos de eficiencia, fuera de la modesta oportunidad de compartir los gastos generales. Las fusiones hospitalarias a menudo generan duplicidad de departamentos para una misma especialidad, incluso cuando sus instalaciones están cerca una de la otra. Los grupos de prestadores se forman no para crear valor, sino para ganar poder de negociación frente a los planes de salud y otros participantes del sistema. En el estado de Florida, por ejemplo, las grandes redes hospitalarias lograron aumentar sus precios muy por encima de la inflación sin mejorar en modo alguno su calidad de atención, tras amenazar con marginar a uno de los mayores planes de salud de la región. Y como las derivaciones de pacientes favorecen fuertemente a los profesionales e instituciones afiliadas, los grandes grupos de prestadores limitan aún más la competencia en el nivel de enfermedades y tratamientos.

Por último, siempre está la controversia sobre quién paga; una pelea que adopta muchas formas. Los prestadores y pagadores tratan de traspasarse los costos mutuamente. Los pagadores suben los costos de cobertura a los afiliados que se enferman. Los prestadores elevan sus tarifas para que los descuentos exigidos por Medicare (programa federal de seguro médico para mayores en EE.UU.) no impacten demasiado los márgenes. Los pacientes buscan cobertura para procedimientos optativos o estéticos. Y los empleadores permiten que los planes de salud nieguen el reembolso a sus empleados. Todo esto es costoso. Nada de esto crea valor para los pacientes.

El mercado geográfico equivocado. La competencia debería obligar a los prestadores a igualar o exceder el valor creado por el mejor de la región e incluso del país. Por lo general, sin embargo, la competencia en el sector salud es local. Esta limitación protege a los prestadores mediocres de las presiones del mercado e inhibe la diseminación de mejores prácticas e innovaciones. En Estados Unidos hay una variación de casi 200% en los costos anuales por beneficiario de Medicare: desde menos de US\$ 3.000 por paciente en algunas regiones hasta más de US\$ 8.500 en otras. Según estudios realizados por John Wennberg, de Dartmouth Medical School, y por el Center for the Evaluative Clinical Sciences de esa misma escuela, los mayores costos no están asociados a mejores resultados médicos y no se explican por diferencias de edad, sexo, raza, tasas de enfermedad (que afectan la demanda de atención) o costo de vida (que incide en los costos de entregar atención). Lo que esos estudios revelaron -al igual que varios otros- fueron importantes diferencias entre una región y otra en términos de resultados y de prestación de servicios en el nivel de enfermedad y tratamiento. Estas variaciones se sustentan en la falta de competencia.

La competencia localizada es institucionalizada por

debido a la escasa información que hay disponible para ellos.

El pensamiento reciente sobre la reforma al sistema de salud se ha volcado hacia mejorar la calidad y reducir los errores médicos. Consorcios de empleadores están tratando de mejorar las prácticas hospitalarias a través de exigir que las instituciones, por ejemplo, ingresen las órdenes de tratamiento en un sistema computacional, mantengan una cobertura apropiada en las unidades de cuidado intensivo y salas de emergencia, y cumplan umbrales de volumen para ciertas derivaciones. Éstas son exigencias útiles, pero no cambian los incentivos subyacentes a la competencia de suma cero. Asimismo, iniciativas de "pago por desempeño" propuestas por los empleadores contribuirán en el corto plazo a que más prestadores cumplan con los estándares médicos actualmente aceptados. Pero esto no será suficiente para reformar el sistema, porque los incentivos apuntan a adecuarse a procesos específicos, y no al logro de resultados reales. Los incentivos eficaces deben estar ligados a metas, y no a medios.

Algunas reformas propuestas últimamente incluso exacerbaban la competencia de suma cero. Por ejemplo, algunos grupos de empleadores abogan por una competencia "sistema a sistema", en la cual los médicos están obligados a comprometerse con una u otra red cerrada. En la práctica, esto limita la competencia en el nivel de enfermedades y tratamientos, al tiempo que aumenta el poder de unos pocos sistemas integrados para eludir totalmente la competencia en este nivel. Mientras tanto, otras reformas propuestas, como la migración de algunos usuarios de Medicare a los seguros privados y la importación de medicamentos desde Canadá, no son reformas en absoluto. Traspasar a los pacientes de Medicare a un sistema privado inoperante no es una solución. E importar de fármacos desde Canadá es el último intento del sistema de traspasar costos en lugar de crear valor.

Ausente en el debate sobre la reforma del sector salud es la comprensión del papel que juega la competencia en impulsar mejoras de calidad, seguridad y eficiencia, y del tipo de competencia más indicado para ello. Si el objetivo es crear valor, entonces la competencia para mejorar los resultados y aumentar la eficiencia en condiciones médicas específicas es esencial. Competir en el nivel adecuado reducirá los errores y estimulará la difusión de nuevas y excelentes prácticas. La reforma debe enfocarse en las reglas, incentivos, información y estrategias que posibilitarán la competencia de suma positiva donde corresponde: en el nivel de las enfermedades y tratamientos individuales.

las políticas de los planes de salud, que exigen a los afiliados cubrir la mayor parte de los costos de atenderse fuera de la red –lo que desalienta la búsqueda de prestadores fuera de su área inmediata–, o que penalizan a los médicos que derivan a sus pacientes a servicios no integrados a la red. Medicare, por su parte, calcula los pagos de capitación a las organizaciones de mantenimiento de salud (HMO, por sus siglas en inglés) a nivel nacional, lo que desincentiva que los hospitales de diferentes condados compitan, aun si los separan sólo unos pocos kilómetros. La competencia local también es el resultado de hábitos, inercia e información; por fuerza de la costumbre, los médicos derivan a sus pacientes a colegas cercanos, incluso en el caso de los pacientes de Medicare, no sujetos a restricciones geográficas.

Aunque muchos servicios de salud deberían prestarse localmente, la competencia en el sector debería darse en el nivel regional o incluso nacional, sobre todo en el caso de condiciones más complejas o poco comunes. De esta forma, todos los prestadores estarían sujetos a presiones competitivas para mejorar. Y al tratar condiciones menos comunes en un radio geográfico mayor, los prestadores podrían atender un número suficiente de pacientes para adquirir la experticia y eficiencia que resultan de la experiencia y el aprendizaje continuos.

Un sistema de salud ideal fomentaría relaciones de trabajo más estrechas entre los prestadores locales (para atenciones rutinarias y de emergencia, además del seguimiento posterior) y un conjunto amplio de grandes prestadores (para diagnósticos definitivos, estrategias de tratamiento y ciertos procedimientos complejos). Estas relaciones acelerarían la difusión de una atención clínica de punta y contribuirían a aumentar la calidad y eficiencia en todo el sistema. Sin embargo, hasta el día de hoy son resistidas.

Las estrategias y estructura equivocadas. Aunque el valor surge de desarrollar una profunda especialización e instalaciones adaptadas a aquellas áreas en las que el prestador realmente puede sobresalir, la mayoría de los hospitales y redes han optado por abrirse a una amplia gama de servicios para negociar mejor con los planes de salud. Los hospitales y grupos de médicos han ampliado sus servicios por la vía de fusiones o adquisiciones, lo que se tradujo en cerca de 700 fusiones hospitalarias entre 1996 y 2000 y en muy altos niveles de concentración local en el sector. En Carolina del Norte, por ejemplo, sólo 18 de 100 condados contaban con más de un sistema hospitalario en 2000. El

resultado es una rivalidad severamente disminuida.

Esta reducción en la competencia trae pocos beneficios en contrapartida. Como ya dijimos, la consolidación no ha redundado en mayores eficiencias. Tampoco está para nada claro que la calidad mejore cuando el espectro de prestaciones es mayor. Aunque algunos pacientes sufren de múltiples enfermedades, las instituciones especializa-

Peligros y potencialidades: Una mirada a los problemas del sistema de salud estadounidense

En cualquier sector, la competencia debería aumentar el valor para los consumidores en el tiempo. En el sector de la salud, la competencia es de suma cero: el valor es dividido (y a veces destruido), en lugar de incrementado. El sistema puede cambiar si los participantes se esfuerzan por alcanzar una competencia de suma positiva.

Características de la competencia de SUMA CERO en el sector salud



El nivel de competencia equivocado

La competencia se da entre planes de salud, hospitales y redes.

El objetivo equivocado

La reducción de costos: los actores también tratan de reducir sus propios costos traspasándolos a alguien más sin reducir los costos totales.

Las formas de competencia equivocadas

Se compete para captar afiliados sanos. Los métodos incluyen ofrecer descuentos a los grandes pagadores y grupos, consolidarse para ganar poder de negociación y traspasar costos.

El mercado geográfico equivocado

La competencia es local.

Las estrategias y estructura equivocadas

Los participantes desarrollan gamas completas de servicios, forman redes cerradas, se consolidan con otros (reduciendo así la rivalidad) e igualan a sus competidores.

La información equivocada

La información se refiere a planes de salud y encuestas de satisfacción de afiliados.

Los incentivos equivocados para los pagadores

Los pagadores tratan de atraer afiliados sanos y elevan las tarifas a los afiliados enfermos. Restringen los tratamientos y los servicios fuera de la red, traspasan costos a prestadores y pacientes y frenan la innovación.

Los incentivos equivocados para los prestadores

Los prestadores ofrecen todos los servicios, pero muchas veces por debajo de los estándares médicos imperantes. Cuando derivan a los pacientes, lo hacen dentro de su propia red; dedican menos tiempo a los pacientes y los dan de alta rápidamente; y practican la medicina defensiva.

das pueden lidiar con ellas fácilmente. El M.D. Anderson Cancer Center en Houston, por ejemplo, cuenta con cardiólogos en su equipo pero no mantiene una unidad completa de cardiología. Cuando se presenta un caso difícil o se requiere cirugía, los médicos consultan con colegas externos o derivan a sus pacientes a otros centros.

La información equivocada. La información es esencial para la competencia en cualquier mercado que funcione bien. Permite a los compradores buscar el mejor precio y obliga a los vendedores a compararse con sus rivales. En el sector salud estadounidense, sin embargo, la información realmente necesaria para promover una

competencia que genere valor no existe o ha sido suprimida. Abundan los datos sobre cosas que tienen escaso impacto en el valor, como la cobertura de los planes de salud y encuestas sobre satisfacción de los afiliados, por ejemplo. Pero información básica sobre experiencias y resultados obtenidos por los prestadores en el tratamiento de condiciones específicas es mucho más relevante. Y no está disponible. La mayoría de los hospitales y cuerpos médicos ni siquiera entregan datos sobre el número de pacientes tratados con un determinado diagnóstico o condición. La información sobre esas experiencias y resultados circula principalmente de boca en boca—incluso

> Características de la competencia de SUMA POSITIVA en el sector salud

El nivel de competencia correcto

Se compete para prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades específicas o combinaciones de condiciones.

El objetivo correcto

Mejorar el valor: la calidad por dólar gastado a lo largo del tiempo.

Las formas de competencia correctas

Se compete para crear valor en el nivel de enfermedades o condiciones adquiriendo experticia, reduciendo los errores, aumentando la eficiencia y mejorando los resultados.

El mercado geográfico correcto

La competencia se da en el nivel regional o nacional.

Las estrategias y estructura correctas

Los participantes definen su singularidad ofreciendo servicios y productos que crean un valor distintivo. El sistema tiene muchos competidores especializados.

La información correcta

La información se refiere a prestadores, tratamientos y alternativas para condiciones específicas.

Los incentivos correctos para los pagadores

Los pagadores ayudan a los afiliados a encontrar la atención de mejor valor para condiciones específicas. Simplifican los procesos administrativos y de cobranza pagan las facturas oportunamente.

Los incentivos correctos para los prestadores

Los prestadores tienen éxito desarrollando áreas de excelencia y experticia. Miden y mejoran la calidad y eficiencia. Erradican los errores; hacen las cosas bien la primera vez. Cumplen, exceden y elevan los estándares.

Los ingredientes para el cambio

Elección y competencia sin restricciones

- No se exige autorización previa para derivaciones o tratamientos
- No hay restricciones de redes
- Se hace cumplir estrictamente la regulación contra colusión, concentración excesiva y prácticas desleales
- Copagos significativos y cuentas de ahorro médico con altos deducibles incentivan a los consumidores a buscar el mejor valor

Información accesible

- Formalmente se recopila y se disemina ampliamente información apropiada sobre tratamientos y alternativas.
- Se difunde inmediatamente información sobre la experiencia de los prestadores en el tratamiento de enfermedades y condiciones específicas
- Se desarrolla y mejora continuamente la información sobre resultados, ajustada por riesgo.
- Cierta información se estandariza a nivel nacional para permitir comparaciones

Precios transparentes

- El prestador fija un precio único para un mismo tratamiento o procedimiento.
- Los distintos prestadores fijan diferentes precios.
- Estimaciones de precios son publicadas con antelación para permitir comparaciones.

Cobranza simplificada

- Una factura por hospitalización o por periodo de atención crónica
- El pagador es legalmente responsable por el pago de cuentas médicas de sus afiliados al día.

Aseguramiento no discriminatorio

- No hay reaseguramiento.
- Grupos de riesgo asignado para las personas que los necesitan
- Cobertura de salud obligatoria, lo que crearía equidad y valor en todo el sistema.

Cobertura del tratamiento

- Lista nacional de cobertura mínima exigida.
- La cobertura adicional es producto de la competencia, y no de litigación.

Menos litigios

- Más información significa más divulgación de los riesgos y decisiones más informadas por parte de los pacientes.
- La litigación se ocupa de casos de uso de tratamientos obsoletos y descuidado.

de los médicos— y puede carecer de pruebas.

Se han realizado esfuerzos por recopilar el tipo correcto de información, como los de Health Quality Choice en Cleveland y Cardiac Surgery Reporting System en Nueva York. Pero éstos han sido experimentos en pequeña escala. Los prestadores argumentan que es difícil medir de manera significativa la información relativa a los resultados de los tratamientos, que esté adecuadamente ajustada por riesgo para reflejar la complejidad o gravedad de las condiciones iniciales de los pacientes. De hecho, la recopilación de información sobre resultados ha sido activamente objetada por algunos participantes del sistema, a veces por buenas razones (como la dificultad de efectuar ajustes por riesgo) y a veces por otras menos buenas (como el miedo a las comparaciones y a la responsabilización).

Algunos observadores han intentado desacreditar los esfuerzos realizados hasta ahora para recopilar información relevante. Pero estos experimentos demuestran no sólo el crucial valor de disponer de la información correcta, sino también la factibilidad de desarrollarla. En Cleveland, los datos recogidos no fueron divulgados a los pacientes ni a los médicos que los derivaron. Los empleadores, enfrentados a presiones de costos de corto plazo, no usaron la información para seleccionar prestadores de alta calidad. Los pacientes y los médicos quedaron en la oscuridad. Mientras tanto, en Nueva York, la información recopilada sobre las tasas de mortalidad, ajustadas por riesgo, de las

cirugías de bypass coronario realizadas en todo el estado fue más ampliamente difundida. Como resultado, grupos de cirugía cardíaca se dedicaron a mejorar sus procesos y algunos hospitales revocaron los privilegios de cirujanos cardíacos con bajos volúmenes y altas tasas de mortalidad. Cuatro años después de publicados los datos, Nueva York presentaba la tasa de mortalidad ajustada por riesgo más baja del país para cirugías de bypass coronario.

Fomentar la competencia en el nivel de enfermedades y condiciones específicas acelerará el desarrollo del tipo correcto de información. Por ejemplo, la aseguradora Preferred Global Health (PGH) ayuda a sus afiliados a escoger entre prestadores y tratamientos de primer orden para las 15 principales enfermedades cubiertas por su plan. Para encontrar a los mejores prestadores, PGH identifica a aquellos que cuentan con mayor experiencia en los tratamientos más avanzados, documenta su efectividad y sus resultados y les pide que participen en procesos de mejoramiento de calidad. La experiencia de PGH contradice la tesis de que no existe suficiente información disponible en el sector para que los usuarios puedan elegir adecuadamente. Estados Unidos no puede darse el lujo de esperar a que se desarrolle la información perfecta antes de divulgarla. Nada impulsará una mejor información más rápido que difundir ampliamente los datos ya existentes.

Los incentivos equivocados para los pagadores. Los aseguradores de planes de salud deberían ser recompensados por ayudar a sus clientes a informarse y recibir la mejor atención posible; por simplificar sus procesos administrativos, y por facilitar la vida a los participantes. Pero, en lugar de eso, los pagadores obtienen beneficios financieros afiliando a personas sanas y aumentando las primas o negando la cobertura a personas enfermas. Los pagadores tienen incentivos para complicar la cobranza: pueden traspasar costos emitiendo facturas incomprensibles o inexactas y retrasando o disputando los pagos. También tienen incentivos para traspasar costos o reducir servicios poniendo obstáculos entre pacientes y prestadores, o restringiendo el acceso de los pacientes a tratamientos caros o fuera de la red (aunque la atención fuera de la red no es intrínsecamente más cara, los hospitales cobran a los pacientes no integrados a la red precios que pueden llegar al doble de los negociados dentro de la red. La diferencia entre el monto que será reembolsado por el pagador y estos precios artificialmente altos hacen en la práctica inalcanzable la atención fuera de la red para muchos pacientes). Finalmente, los pagadores se benefician de frenar cualquier innovación que no se traduzca en reducciones de costos inmediatas o en el corto plazo. Todos estos incentivos refuerzan la competencia de suma cero y actúan en contra de la creación de valor en el sector salud.

Un sistema de pagador único—cosa que se ha propuesto—terminaría con la práctica de excluir a los afiliados de alto riesgo. Pero sólo exacerbaría todos los demás incentivos perversos, al eliminar la competencia en el nivel de planes



de salud y otorgar al pagador mayor poder de negociación para traspasar costos a los prestadores, pacientes y empleadores. Un pagador único tendría más incentivos para reducir sus costos restringiendo o racionando sus servicios y frenando la difusión de innovaciones. La única solución real es cambiar estos incentivos y abrir la competencia, no convertir los seguros de salud en un monopolio estatal.

Los incentivos equivocados para los prestadores. Los prestadores deberían ser recompensados por competir regional y nacionalmente para entregar el mejor valor en el tratamiento de condiciones o enfermedades específicas. En lugar de eso, los incentivos de los prestadores, al igual que los de los pagadores, refuerzan la competencia de suma cero en el sector. Los hospitales y médicos tienen incentivos para no derivar a los pacientes a otros prestadores que tal vez tengan más experiencia, o para hacerlo sólo dentro de su propia red. Las prácticas de reembolso incentivan a los médicos a pasar menos tiempo con sus pacientes, darlos de alta rápidamente y readmitirlos si surge algún problema. Si bien muchos médicos se resisten a las presiones para subtratar a sus pacientes, este conflicto entre la buena medicina y el interés económico desmoraliza a los médicos y dificulta la difusión de mejores prácticas.

La amenaza de acciones legales por negligencia médica tiene el efecto contrario e incentiva a los médicos a examinar, tratar y derivar en exceso. Por desgracia, estos incentivos al sobretatamiento no neutralizan los incentivos financieros al subtratamiento. El resultado es una práctica clínica menos eficaz y montañas de papeleo que consumen el tiempo de los médicos. Peor aún, la amenaza de demandas por negligencia trae riesgos para los prestadores que intentan aprender del análisis de los malos resultados. Irónicamente, mientras la tecnología ha facilitado y agilizado la difusión del conocimiento como nunca antes, las estructuras económicas y sociales del sector salud actúan en contra de la rápida diseminación del aprendizaje.

La competencia de suma positiva

En un sistema saludable, la competencia en el nivel de enfermedades y tratamientos sería el motor del progreso y la reforma. El mejoramiento se alimenta a sí mismo. No obstante, para que ese proceso se ponga en marcha, el eje de la competencia debe cambiar de "¿quién paga?" a "¿quién entrega el mejor valor?". Esto requerirá cambios en las estrategias de los prestadores y pagadores y en las conductas de los empleadores que contratan los planes de salud. Además, una importante infraestructura debe ser instaurada en el sistema: normas y regulaciones que cambien los incentivos y generen el tipo correcto de información. Analicemos cada una de las reformas necesarias.

Estrategias para los prestadores: diferenciación. En la competencia de suma positiva, los prestadores no tratarían de igualar todas las acciones de sus competidores. En lugar de eso, desarrollarían estrategias claras en torno

Los prestadores deberían competir para ser los mejores en el tratamiento de un determinado conjunto de problemas.

a una especialidad singular e instalaciones adaptadas a aquellas áreas en que pudieran distinguirse. La mayoría de los hospitales mantendría una amplia gama de servicios, pero no trataría de ser todo para todos. En muchos sectores, es de sentido común desarrollar productos y servicios que generen un valor diferenciado. Para muchos hospitales, desarrollar esa singularidad implica un profundo cambio de mentalidad, y decidir qué no hacer es una idea aún más radical.

Libertad de elección. En la competencia de suma positiva, las restricciones a la elección en el nivel de enfermedades y tratamientos desaparecerían, incluyendo las restricciones de redes y la autorización de derivaciones. Copagos razonables y grandes deducibles, combinados con cuentas de ahorro médico, permitirían a los pacientes asumir parte de la responsabilidad financiera por sus elecciones. Pero los copagos serían idénticos dentro y fuera de la red. Los órganos antimonopolio fiscalizarían a los participantes del sistema para evitar que una red hospitalaria o un plan de salud dominen injustamente un mercado importante.

Precios transparentes. Los precios serían publicados y estarían siempre disponibles. Los prestadores cobrarían el mismo precio a todos los pacientes que fueran tratados por una misma condición, sin importar el grupo al que están afiliados. Los prestadores podrían fijar precios distintos de sus competidores —y de hecho lo harían—, pero esos precios no variarían simplemente porque un paciente está cubierto por Aetna, otro por Blue Cross y un tercero cuenta con seguro propio. Los pagadores podrían negociar, pero cualquier cambio de precios tendría que beneficiar a todos los pacientes, y no sólo a los suyos. El costo de tratar una condición médica no tiene nada que ver con quién es el empleador o el asegurador del paciente.

La discriminación de precios desligada de los costos es una gran carga para el sistema en la actualidad. Tener múltiples precios aumenta los costos administrativos. Los pacientes cubiertos por el sector público son subvencionados por los pacientes del sector privado. Y dentro del sector privado, los pacientes en grandes grupos son subvencionados por los no asegurados, los pertenecientes a grupos pequeños y los que están fuera de la red, que pagan precios de lista. Los precios de lista artificialmente altos impiden que un número mayor de pacientes no pueda pagar, lo que aumenta los gastos de atención no compensados y lleva a precios de lista cada vez más altos y a

res descuentos para los grandes grupos. Tales desincentivos de precio para atenderse fuera de la red ahogan competencia y retardan los avances en calidad y eficiencia que habrían beneficiado a todos los pacientes. Sin competencia servicio por servicio, los costos se disparan y la calidad cae. El costo de una competencia disfuncional supera con creces cualquier ventaja de corto plazo que los participantes del sistema obtienen de la discriminación de precios, incluso para aquellas empresas que actualmente reciben los mayores descuentos.

Paradójicamente, la manera más práctica de eliminar las diferenciales de precios puede ser institucionalizarlas por un tiempo. El gobierno federal podría limitar la variación entre el precio con mayor descuento y el precio más alto cobrado para una misma prestación, para luego

El eje de la competencia debe cambiar de “¿quién paga?” a “¿quién entrega el mejor valor?”

reducir anualmente esa banda por un período de cinco años. En el corto plazo, poner término a las anomalías de precios implicaría una carga adicional para los mayores beneficiados con el actual sistema, los grandes traspasadores de costos como Medicare y los principales planes de salud. Pero con el tiempo, todos los participantes se beneficiarían de las enormes mejoras en valor y eficiencia.

Cobranza simplificada. Una función fundamental de los precios es comunicar información a los consumidores y competidores. Pero las actuales prácticas de cobranza oscurecen esa información. Una cobranza innecesariamente compleja contribuye al traspaso de costos, eleva los costos administrativos y hace prácticamente imposible comparar precio y valor. En la competencia de suma positiva, los prestadores tendrían que emitir una única factura por cada paquete de servicios, o por cada etapa de tratamiento de enfermedades crónicas, en lugar de incontables facturas por cada prestación individual. Muchos otros sectores, como el aeroespacial, el de la construcción, el de reparación de automóviles y el de consultoría, han resuelto este problema. Un sector salud competitivo también debería ser capaz de hacerlo. Los prestadores encontrarían maneras de dar estimaciones de precios de antemano. Tales estimaciones no sólo permitirían a los usuarios elegir mejor, sino que además estimularían a los prestadores a conocer sus costos reales.

La otra gran fuente de problemas de cobranza es que, en la actualidad, el paciente es legalmente responsable por el pago de cuentas, aun cuando tenga contratado un seguro médico al día. En la competencia de suma positiva, los pagadores asumirían plena responsabilidad legal por el pago de facturas médicas de sus afiliados al día. Si los

prestadores cobraran una vez y los pagadores no traspasaran costos a los pacientes o prestadores, buena parte de la confusión de cobranza desaparecería.

Información accesible. En la competencia de suma positiva, tanto los prestadores como los usuarios del sistema recibirían la información que necesitan para tomar sus decisiones de salud. El gobierno o un amplio consorcio de empleadores podrían iniciar el proceso de recopilación y disseminación acordando un conjunto estándar de informaciones que serían recabadas periódicamente a escala nacional. De hecho, la información médica no difiere de los informes corporativos supervisados por la Comisión de Valores de EE.UU.: los beneficios de las comparaciones nacionales son innegables y desencadenarían una oleada de mejoras en calidad y eficiencia.

Un punto de partida obvio –y relativamente aceptado– sería recoger información sobre la experiencia específica de prestadores con determinadas enfermedades, tratamientos y procedimientos. Los datos serían divulgados después de un período de espera en que los prestadores podrían corregir cualquier error. Con el tiempo, la información sobre los resultados médicos de los prestadores, ajustados por riesgo, también debería ser recopilada y difundida, para permitir a los usuarios evaluar las áreas de experticia de los prestadores. Esa información se referiría a enfermedades o condiciones específicas, y no a datos agregados sobre diferentes áreas de la práctica médica. Un sistema productivo también recogería o divulgaría información de precios, permitiendo comparaciones para tratamientos y procedimientos específicos.

Aseguramiento no discriminatorio. Dos anomalías distorsionan la fijación de precios de los planes de salud. Primero, las personas incluidas en grandes grupos de riesgo (como las que trabajan para grandes empresas) pueden acceder a precios razonables aun cuando alguien en su familia presente riesgos médicos. Pero aquellas que no pertenecen a tales grupos (como las que trabajan para empresas pequeñas y las independientes) pagarán precios muy altos si un familiar presenta riesgos médicos. Las iniciativas realistas de reforma deben partir de la base que la cobertura de salud seguirá siendo cargo principalmente de los empleadores. Sin embargo, soluciones de grupo deben existir para los trabajadores independientes, los empleados de pequeñas empresas, los de media jornada y los desempleados. Las empresas pequeñas, por ejemplo, están formando consorcios para contratar planes de salud. Para individuos de alto riesgo que no pueden contratar planes, se deben formar grupos de riesgo asignado, como los usados en el sector de seguros automotrices.

Además, quienes pertenecen a grupos pequeños o tienen pólizas de seguro individuales enfrentan la posibilidad de que sus primas suban bruscamente en caso de que un familiar contraiga una enfermedad de caro tratamiento, aun cuando la familia haya pagado durante años sin realizar grandes reclamaciones. Esta práctica, que se

conoce como "reaseguramiento", invalida el propósito de los seguros de salud y debe ser eliminada.

Menos litigios. La litigación por negligencia médica y las consiguientes prácticas defensivas infligen enormes costos a todas las partes y han hecho poco por aumentar la calidad de la atención de salud. De hecho, la amenaza de demandas por negligencia crea incentivos para que los médicos y hospitales oculten sus errores en lugar de asumirlos e intentar eliminarlos. Los estándares para la litigación por negligencia deben cambiar. Las acciones legales sólo son apropiadas en casos de malas prácticas flagrantes, como abandono, uso de tratamientos obsoletos y falta de cuidado, no cuando un paciente tuvo un mal resultado a pesar de haber recibido un tratamiento apropiado y actualizado. Con mejor información y libertad de elección se podrán evitar muchas demandas. El dinero gastado en información y elección representa una inversión para eliminar miles de millones de dólares de costos legales y administrativos del sistema.

Lista nacional de cobertura mínima. El actual sistema de litigación y negociación individual de coberturas es costoso. Un mejor sistema exigiría un nivel mínimo de cobertura con una lista nacional (como la usada por el Federal Employees Health Benefits Program). Los planes de salud podrían optar por cubrir más prestaciones y tratamientos por razones competitivas, pero no podrían ser obligados a hacerlo a través de acciones legales. Esto cambiaría el enfoque de los gastos del sector, desde las primas por negligencia a la entrega de atención a más personas.

Estrategias para los pagadores: libertad de elección y eficiencia. La competencia de suma positiva induciría a los pagadores a competir para crear valor, y no sólo para minimizar costos. Simplificarían los procesos administrativos y de cobranza. Atenderían a los afiliados identificando alternativas de tratamiento y prestadores con excelentes resultados. Los ayudarían a determinar cuándo y dónde sería indicado buscar atención de calidad fuera de su área geográfica inmediata (algunos pagadores han empezado a publicar en Internet información sobre tratamientos y prestadores en un pequeño radio definido por el código postal del afiliado). Los mejores

pagadores serían capaces de recomendar opciones eficaces de tratamiento para los afiliados con enfermedades crónicas. La competencia se orientaría a la entrega de información y la excelencia en el servicio. Terminarían los intentos por limitar las opciones de los pacientes y controlar el comportamiento de los médicos.

Acelerar la transformación. Otros dos pasos acelerarían la transformación del sector: un cambio transicional y otro más profundo, y más controvertido. El paso transicional, de gran importancia simbólica, consistiría en crear un mecanismo de corto plazo para fomentar la difusión de nuevos y prometedores enfoques de atención que inicialmente son costosos. Un modelo sería la creación de un fondo de innovación para Medicare –tradicionalmente lento para adoptar nuevos tratamientos–, con el fin de apoyar la difusión de terapias prometedoras aprobadas por la autoridad sanitaria. Los prestadores, trabajando en conjunto con proveedores de tecnología, empresas farmacéuticas y pagadores, competirían por financiamiento bajo normas bien definidas de evaluación institucional y consentimiento de los pacientes.

Con el tiempo, el fondo podría no ser necesario a medida que la competencia de suma positiva se impone. Pero como dispositivo transicional, impulsaría la reducción de costos y la adopción masiva de tratamientos.

El paso mayor, y más controvertido, sería que el gobierno exigiera la cobertura de salud para todos, subsidiada en el caso de los sectores de menores ingresos. Con una cobertura obligatoria, todos se convertirían en clientes preocupados del valor de la atención de salud. Si bien la subvención a las personas de bajos ingresos incrementaría los gastos en salud, se producirían ahorros de costos y nuevos ingresos en compensación. Se eliminaría el enorme costo de la atención gratuita y los prestadores ya no tendrían que subir sus precios para cubrir la diferencia. Los ahorros de costos resultarían de un mayor volumen de atención entregada en el momento oportuno, antes del surgimiento de complicaciones, y en instalaciones económicamente eficientes, en lugar de salas de emergencias. Ingresos adicionales provendrían de personas que pueden pagar la cobertura, pero deciden no contratarla y sumarse al grupo de atención no compensada en caso de enfermarse o lesionarse.

Lo que pueden hacer los empleadores desde ya

- Escoger planes que no restrinjan el acceso de los empleados a tratamientos o prestadores fuera de la red.
- Requerir de los prestadores información sobre su experiencia, su uso de estándares imperantes y sus resultados.
- Asegurar el acceso de los empleados a información sobre diagnósticos y tratamientos alternativos. Compartir la información obtenida regional y nacionalmente.
- Procurar que los empleados sean tratados por prestadores experimentados.
- Exigir una tarifa única publicada para cada servicio.
- Exigir una sola factura por hospitalización o ciclo de tratamiento.
- Eliminar la cobranza a los empleados por parte de planes de salud o prestadores

empleadores ben liderar

Hay mucho en juego para la empresa privada en el desempeño del sistema de salud estadounidense. Los costos de salud de las empresas han crecido a una tasa superior a la inflación en 13 de los últimos 17 años, alcanzando más de US\$ 6.200 por empleado en 2003. Aumentos de dos dígitos en los últimos tres años, que se espera continúen en 2004, han llamado la atención de los altos ejecutivos. Un estudio de 622 grandes empresas estadounidenses realizado por Hewitt Associates reveló que 96% de los CEO y directores de finanzas están significativamente y seriamente preocupados por los costos de la salud en 2004, y 91% expresó la misma preocupación respecto del impacto que los costos de salud tendrán en sus empleados.

Siendo los principales compradores de servicios de salud, los empleadores tienen la influencia necesaria para exigir un cambio. Por desgracia, también han sido parte del problema. Al contratar servicios de atención de salud, las empresas han olvidado algunas lecciones básicas sobre cómo funciona la competencia y sobre cómo comprar inteligentemente. Ignorando diferencias de calidad, han adquirido planes de salud con base en el precio, y no en su valor. Han delegado la gestión de sus planes a terceros cuyos incentivos no estaban alineados con los esfuerzos de la empresa por maximizar el valor ni con el bienestar de los empleados. En consecuencia, los empleadores se han convertido en cómplices involuntarios de este problemático sistema.

Deberían haberlo sabido mejor. Pocos productos o servicios son realmente commodities, sobre todo en servicios complejos como entregar atención de salud de calidad. El estándar relevante debería ser el valor, no el costo. Las empresas saben que la experiencia y la experticia mejoran la calidad y simultáneamente reducen los costos. Saben que la innovación es crucial para el progreso, y no un gasto que debe ser suprimido. Y saben que la información relevante es indispensable para una buena toma de decisiones.

Algunos empleadores han comenzado a contratar servicios de salud de modo diferente. Consorcios como Leapfrog Group (una coalición de 150 organizaciones públicas y privadas que entrega beneficios de salud) están trabajando para mejorar la calidad del sector; el foco de Leapfrog está en reducir la alta incidencia de errores en el sistema estadounidense. Tales esfuerzos son importantes, pero serán aún más eficaces cuando se enfoquen en el poder de la competencia. En vez de autorizar hospitales o de decirles


Un diagnóstico más profundo

Una mejor entrega de atención de salud debería ser una prioridad para los altos ejecutivos. Pero la mayoría de las empresas sigue dependiendo del gobierno y de los "expertos" del sector, cuyos intentos de reforma en la última década han sido incapaces de generar una real competencia en el sistema de salud estadounidense. En "Fixing Competition in U.S. Health Care", los profesores Michael E. Porter y Elizabeth Olmsted Teisberg explican qué está fallando en el sistema desde una perspectiva de negocios, y qué cambios serán necesarios para mejorar la creación de valor. Este informe incluye detallados análisis y cifras extraídas de su exhaustiva investigación. Para más información, visite <http://hcreport.hbr.org>.

cómo deberían operar, los empleadores tienen que procurar que la elección y la información estén realmente disponibles en el nivel de enfermedades y tratamientos específicos, para que pacientes y médicos puedan elegir a prestadores con métodos de atención eficientes y modernos. Leapfrog está avanzando en esta dirección con sus iniciativas para promover que los pacientes sean derivados regionalmente a prestadores altamente experimentados en el caso de cirugías de alto riesgo.

Las iniciativas más recientes de los empleadores, conocidas como "pago por desempeño",

establecen tasas de reembolso más altas para los prestadores que cumplen con estándares específicos de atención. Estas medidas buscan evitar una atención deficiente, alentando el uso de normas ya establecidas, pero muchas veces ignoradas. El pago por desempeño podría ser una importante medida de transición, hasta que la información sobre experiencias y resultados esté ampliamente disponible. Sin embargo, no es una solución adecuada en el largo plazo, porque premia a los prestadores por seguir prácticas preestablecidas, y no por alcanzar resultados excelentes. El sistema mejorará mucho más rápido si los prestadores enfrentan presiones competitivas para generar resultados realmente buenos, paciente por paciente y dolencia por dolencia.

Al establecer nuevas expectativas para los planes y prestadores y contratar servicios de salud de manera diferente, los empleadores pueden hacer realidad el poder de competencia de suma positiva en el sector salud (el recuadro "Lo que pueden hacer los empleadores desde ya" detalla lo que las empresas deberían exigir de sus planes de salud). La mayoría de los empleadores se resiste a la idea de poner fin a los descuentos por volumen, pero estos descuentos contribuyen al círculo vicioso de aumentos y traspasos de costos en el sector. Si los empleadores lideran el cambio hacia la creación de una competencia productiva para el sector salud, insistiendo en que la competencia se dé en el nivel adecuado, las empresas y sus empleados se beneficiarán del mayor valor de los servicios y de la mayor información disponible. Perseguidos con seriedad, estos cambios alterarían radicalmente el sistema de salud estadounidense, instigando una transformación de proporciones históricas. El sistema puede ser reparado. 

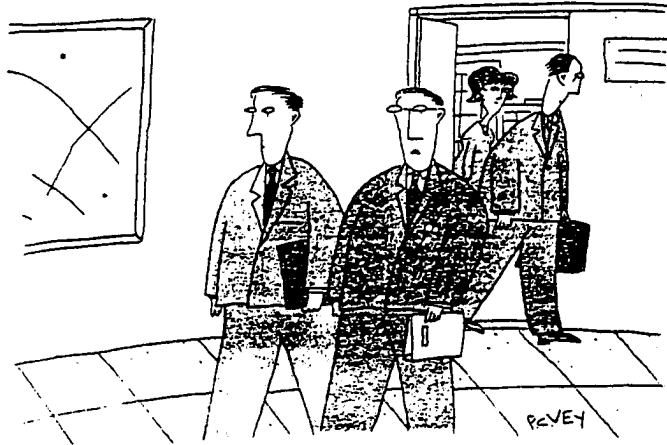
Reimpresión R0406D-E

Para pedidos, vea inserción en Cartas o www.hbral.com

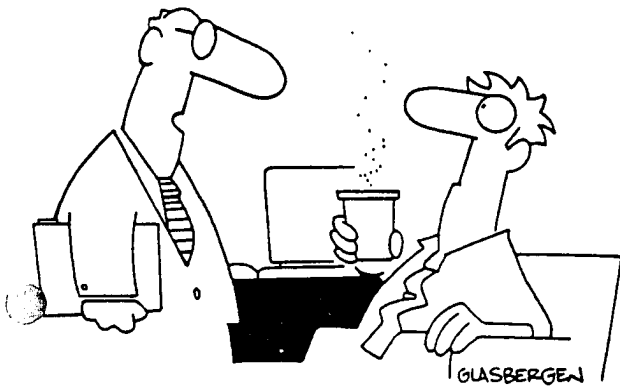
Los despidos

“Si alguien no ha dado resultados, uno rara vez escucha, por ejemplo: “Fue una pena que despidiéramos a John, era tan simpático”.

Rob Goffee and Gareth Jones
“What Holds the Modern Company Together?”
Harvard Business Review
November–December 1996



— Recuérdame que Henry sea parte de la próxima ronda de reducción de costos.



— Hemos encontrado a alguien en el extranjero que puede tomar café y hablar de deportes todo el día por una fracción de lo que te pagamos a ti.



— Bueno, por lo menos esta vez no estás atrasado, considerando que se trata de tu propio entierro...