

Competencia en el sector salud entre juegos de “suma cero” y de “suma positiva”

Competition between “zero-sum” and “positive-sum” games in the health sector

OCTAVIO MARTÍNEZ • BOGOTÁ, D.C. (COLOMBIA)

Resumen

La presencia velada de posturas mercantiles en la práctica médica, arropadas bajo la sombra cómplice de argumentos que hacen ver la especialización de la atención médica como ventajosa en la carrera por alcanzar la mayor calidad en la prestación de servicios de salud a bajo costo, amerita discusión. Este argumento, trasplantado al sector de la salud desde el mundo empresarial y de los negocios por Michael Porter y Elizabeth Teisberg, es uno de los pilares para el posicionamiento privilegiado y sustentable de una estrategia competitiva de rentabilidad superior, cuya aritmética es simple: la especialización en la atención de pacientes bien escogidos y la concentración de dicha atención, promueve la efectividad operacional, permite disminuir costos, cobrar mayores precios promedio por unidad de servicio prestado e ir tras las utilidades de la inversión. La estrategia competitiva consiste en diferenciarse como prestador experimentado en el tipo de atención brindada y/o contar con el mejor ajuste del entramado de actividades conducentes a la prestación del servicio especializado. Esta marcha hacia el cribado de pacientes a ser atendidos por complejos asistenciales de alta sofisticación tecnológica y de élite científica médica, no deja de ser una incursión más del mundo de los negocios del sector privado que deja inerte la gestión pública de asistencia hospitalaria. (*Acta Med Colomb* 2013; 38: 40-44)

Palabras clave: *ventaja competitiva, sector salud.*

Abstract

The veiled presence of trading positions in medical practice, hidden under the accomplice shadow of arguments that make to see the specialization of health care delivery as advantageous in the race to achieve the highest quality in the provision of health services at low cost, merits discussion. This argument, transplanted to the health sector from the corporate and business world by Michael Porter and Elizabeth Teisberg, is one of the cornerstones for the privileged and sustainable positioning of an outperformance competitive strategy, whose arithmetic is simple: specialization in the care of well chosen patients and the concentration of such care promotes operational effectiveness, helps to reduce costs, charge higher average prices per unit of service provided and pursue investment earnings. Competitive strategy consists in differentiating itself as a provider experienced in the type of care provided and / or rely on the best fit of the framework of activities leading to the delivery of a specialized care service. This screening of patients to be attended by high-care complex technological sophistication and of elite medical science, is still a raid of the business world of the private sector that defenseless the public management of hospital care. (*Acta Med Colomb* 2013; 38: 40-44)

Keywords: *competitive advantage, health sector.*

Dr. Octavio Martínez Betancur: Profesor Asociado Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, D.C. (Colombia).

Correspondencia. Dr. Octavio Martínez Betancur

E-mail: omartinezb@unal.edu.co

Recibido: 7/XI/2012 Aceptado: 6/XII/2012

Introducción

La inversión económica en el sector salud desde la lógica empresarial que enfatiza el enfoque estratégico, la concentración de esfuerzos, las economías de escala y la experiencia, tiende a sustituir el concepto fundacional de la práctica médica en un estado social de derecho, de atención solidaria de los

pacientes que les brinde el bienestar integral necesario para potencializar su desarrollo como personas dignas, por el del mercado de la atención en salud donde se ofertan actividades médicas altamente especializadas y lucrativas, con la consiguiente gestión de ventajas competitivas entre prestadores de servicios y mayor diferenciación de la asistencia.

Con argumentos falaces que equiparan calidad de prestación de servicios en salud con especialización científicotécnica de la atención de los pacientes, se sojuzga la capacidad de asistencia integral en hospitales generales al imponer el mercado los llamados centros de alta complejidad y excelencia (con mayúscula), donde se seleccionan individualmente los pacientes con situaciones clínicas puntuales a ser atendidos por profesionales profundamente especializados, prácticas altamente rentables en el mercado de la salud. Esta marcha hacia el cribado de pacientes a ser atendidos por complejos asistenciales de alta sofisticación tecnológica y de élite científicomédica, no deja de ser una incursión más del mundo de los negocios privados que deja inerte la gestión pública de asistencia hospitalaria.

El propósito de este documento es reaccionar frente a la presencia velada de posturas mercantiles en la práctica médica, arropadas bajo la sombra cómplice de argumentos que hacen ver la especialización de la atención médica como ventajosa en la carrera por alcanzar la mayor calidad en la prestación de servicios de salud a bajo costo. Este argumento, trasplantado al sector de la salud desde el mundo empresarial y de los negocios por Michael Porter y Elizabeth Teisberg (1), es uno de los pilares para el posicionamiento privilegiado y sustentable de una estrategia competitiva de rentabilidad superior, cuya aritmética es simple: la especialización en la atención de pacientes bien escogidos y la concentración de dicha atención, promueve la efectividad operacional, permite disminuir costos, cobrar mayores precios promedio por unidad de servicio prestado e ir tras las utilidades de la inversión. La estrategia competitiva consiste en diferenciarse como prestador experimentado en el tipo de atención brindada y/o contar con el mejor ajuste del entramado de actividades conducentes a la prestación del servicio especializado (2, 3).

Competencia en el sector salud

Para Michael Porter (2), la ventaja competitiva de una empresa no puede comprenderse viéndola como un todo, sino como múltiples actividades discretas (creación, producción, venta y distribución) que pueden contribuir al costo relativo del producto o servicio producido, con miras a crear una base para su diferenciación en el mercado. El mayor esfuerzo de optimización para eliminar la redundancia y minimizar la pérdida de esfuerzos, se centra en la coordinación y el intercambio de información entre dichas actividades. Así, para analizar las fuentes de ventajas competitivas de una empresa es necesario examinar todas las actividades interrelacionadas que en ella se desarrollan, y la herramienta básica para hacerlo es la cadena de valor, la cual disgrega la empresa en sus actividades estratégicas relevantes para comprender el comportamiento de los costos y las fuentes de diferenciación competitiva. En el análisis de la posición competitiva de la empresa no se analizan los costos por actividad, sino la interrelación de toda la cadena en busca de potenciales fuentes de valor.

Las actividades de valor son aquellas que le permiten a la empresa crear un producto o servicio valioso para sus compradores o consumidores. En términos competitivos, valor es la cantidad que los compradores están dispuestos a pagar por lo que la empresa proporciona. Una empresa es lucrativa si el valor que impone es mayor que los costos implicados en crear un producto o prestar un servicio. La estrategia, entonces, es crear el valor para los compradores que exceda el costo de hacer un producto o de prestar un servicio.

En el sector salud, a pesar del aumento de los costos de atención médica, el valor del servicio, entendido como la calidad de los resultados médicos por peso invertido en el sector, según Porter y Teisberg (1, 4), no aumenta. Esto se debe a que las políticas del sector salud están orientadas equivocadamente hacia competencia de “suma cero”, con las siguientes particularidades:

- a. El sector está dedicado a disminuir costos totales de atención, incluidos los costos incurridos por los intermediarios del sistema. En su lugar, los costos se traspasan del pagador al paciente, del plan de salud al hospital, del hospital al médico, y del asegurado al no asegurado. La ganancia para un actor del sistema se da a expensas de otros, con costos administrativos adicionales.
- b. Entre los prestadores, en lugar de perseguir el mejoramiento de la atención, se compite por planes de salud que aporten volumen de nuevos afiliados con distribución aleatoria de enfermedades, ofreciendo fuertes descuentos a los pagadores a cambio de un mayor flujo general de pacientes.
- c. Los prestadores también compiten en formar asociaciones y grupos poderosos, capaces de ofrecer una amplia gama de servicios, con miras a ganar influencia y generar poder de negociación frente a los planes de salud y otros actores del sistema.
- d. Los prestadores reciben incentivos para no derivar pacientes a otros prestadores con mayor nivel de especialización, o para hacerlo sólo dentro de su propia red de atención.
- e. Los pagadores obtienen incentivos por negar cobertura a los pacientes, por complicar la cobranza, por retrasar o disputar los pagos, por traspasar costos o reducir servicios poniendo obstáculos entre pacientes y prestadores, y por restringir el acceso de pacientes a tratamientos caros o fuera de la red.
- f. Los prestadores compiten por el mercado geográfico equivocado. La competencia se limita a la prestación local del servicio, aún en casos de condiciones complejas o poco comunes, donde la competencia debería darse en el nivel regional e incluso nacional.

Porter y Teisberg (1) proponen que el valor en medicina se crea en una competencia en el nivel de enfermedades específicas con evaluaciones y tratamientos especializados, lo que favorece una competencia de “suma positiva” en la cual los prestadores compiten para ser los mejores en el manejo

integral de un determinado conjunto de problemas. Según esta propuesta, es en el nivel individual donde, en razón de la experiencia, se entrega el mejor valor. Los prestadores deberían igualar o exceder el valor creado por el mejor del país y no competir localmente a través de grupos grandes y poderosos con fuerte capacidad de negociación.

La estrategia de competencia de “suma positiva”, fomenta la competencia en el nivel de enfermedades y tratamientos específicos. Los prestadores no tratan de igualar todas las acciones de sus competidores, sino que desarrollan estrategias claras e instalaciones adaptadas en torno a una especialidad singular. Se igualan los precios para todos los pacientes con una misma condición clínica, independientemente del asegurador, lo que en teoría disminuye los costos administrativos por el menor desglose de costos. Se expide una factura única por cada paquete de servicios o por cada etapa del tratamiento de enfermedades crónicas, lo cual permite conocer costos reales. El sistema de información para usuarios del sistema se daría en términos de valor y no de precios. Por último, podrían rentarse fondos para investigación e innovación en el cuidado de la salud que mejoren los desenlaces clínicos de los pacientes.

Develando la ventaja competitiva

Uno de los objetivos estratégicos más importantes al que debe aspirar una empresa es alcanzar ventajas competitivas en el mercado de su sector, y lo logra cuando el retorno anual de la empresa supera el costo de capital. Hace referencia a la rentabilidad de la empresa comparada con la rentabilidad promedio del sector. Desde esta lógica económica, los espacios de trabajo donde los prestadores de servicios de salud realizan su proceso de trabajo (actividades de valor primario para Porter), pasan a organizarse como empresa, lo que condiciona una cultura organizacional en la cual eficiencia y productividad son los criterios para evaluar el desempeño del sistema, se reivindica lo económico y se distancia la defensa de la salud como derecho.

Por efecto de la concepción económica en la que los recursos humanos son insumos (actividades de valor de apoyo para Porter), se pasa del trabajador como servidor público al trabajador de la salud como proveedor de insumos y vendedor. Se privilegia lo técnico y se margina lo político y lo ético. No se pregunta cuánto aportan los equipos de salud especializados al logro de la equidad en salud. Sólo cuenta lo eficientes o productivos que sean en términos de ventaja competitiva en el mercado (5).

El primer paso para una estrategia diferenciada es poner límite al mercado que se quiere abarcar, además que el producto o servicio debe ser difícil de imitar por la competencia (según la cadena de valor de Porter). El principal reto para las empresas es mantener a largo plazo su ventaja competitiva, pues tiende a desaparecer con el tiempo como consecuencia de imitación y sustitución, con la consecuente disminución de la rentabilidad. Así, las empresas se protegen contra estas amenazas imponiendo barreras para la imitación, tales como

economía de escala, conocimiento sofisticado, complejidad estratégica de la empresa, contratos exclusivos y propiedad de información privilegiada. Se niega la posibilidad de construir una praxis integradora de los procesos de trabajo en salud desde la lógica de los incentivos de aprendizaje colectivo, y no desde prácticas idiosincráticas de grupos médicos instalados como señores feudales del saber y qué hacer en salud.

Se asume acriticamente que las intervenciones médicas se pueden convertir en trazadores de eficiencia del sistema y se acepta que sean los mismos “expertos” quienes realizan los procedimientos altamente sofisticados los que decidan la calidad esperada de sus propias intervenciones en salud, contra la cual habría que comparar la calidad observada. Al centrarse en la calidad científica y técnica de la atención de algunas enfermedades, se olvida la calidad percibida por el usuario como dimensión humana del proceso de atención, se deja de lado el impacto sobre la morbimortalidad prevalente en la comunidad, y los determinantes socioeconómicos y políticos del proceso salud-enfermedad-atención no son importantes (6–9).

La idea central de Porter y Teisberg es que la mejor estructura de mercado para la competencia serían unidades de cuidado médico centradas en patologías específicas, que funcionen brindando paquetes de servicios discriminados por precios en relación con la estratificación por riesgos de salud de los pacientes. Estas unidades médicas de atención serían centros autónomos e independientes, en los que se concentrarían esfuerzos y aprendizaje derivado de la experiencia, en vez de sistemas integrados de servicios. La propuesta de los autores está basada en la aplicación de una teoría de estrategia de negocios que enfatiza la concentración de esfuerzos en una línea estrecha de productos, la economía de escala y la experiencia. Estas unidades de práctica especializada se centran más en las enfermedades que en los pacientes. La propuesta desconoce las particularidades de los pacientes y hace que se pierda la oportunidad de acciones preventivas. El cuidado primario parece ser la antítesis de este quehacer especializado, enfocado hacia condiciones clínicas particulares que persigue profundidad a través de experiencia concentrada. Para Porter y Teisberg, no existe el cuidado primario como construcción de bienestar colectivo, sólo el interés empresarial por el reembolso de la inversión (10). Pregonan la premisa equivocada que el complejo médico financiero va a resolver los problemas de salud sin ningún contexto sociopolítico ni ético. Sólo la mano libre y poderosa del mercado competitivo.

Muchos pacientes tienen múltiples condiciones clínicas, agudas y crónicas, asociadas, de tal manera que grupos médicos de varias especialidades pueden aportar servicios de soporte compartido, lo cual es vital para darle al paciente el cuidado integral requerido, además de aportar la integración funcional paciente, médico, hospital, ventajas que no se logran con las unidades de práctica propuestas por Porter y Teisberg. Estos autores promueven un sistema de prestación

de cuidado en salud que sería como “islotas” de múltiples unidades de atención especializada, cada una enfocada en un ciclo total de cuidado de una única condición médica, compitiendo entre ellas en el logro de la excelencia, sin proveer coordinación de cuidados entre diferentes condiciones clínicas. El problema con este “archipiélago” es que las enfermedades se sobrepone en combinaciones más complejas que lo que pueden cubrir las unidades de atención especializadas en cualquier región. Los pacientes que están bajo tratamiento para tres o más condiciones crónicas, o una o más condiciones crónicas y otras cuantas agudas, deben correr alrededor del archipiélago para ser evaluados por diferentes médicos que no se comunican entre ellos y no logran la comprensión global de la multimorbilidad de los pacientes (10).

Porter define “valor” como “desenlaces en relación al costo”, por lo que involucra eficiencia. Su punto de vista representa una perspectiva centrada en el pagador, en un negocio de prestación de servicios de salud, y no en el paciente. Reconoce que para cualquier condición médica, ninguna medida única de desenlace resume los resultados del cuidado brindado, ni refleja todas las actividades interdependientes determinantes del desenlace del paciente. Concluye que el concepto de “calidad” es fuente de confusión, puesto que usualmente significa vigilar el cumplimiento de guías basadas en la evidencia, lo que no garantiza mejores desenlaces, además de centrar mediciones de calidad en los procesos del cuidado, que reflejan la perspectiva del proveedor. Sugiere, entonces, que deben desarrollarse métricas que midan constantemente, no retrospectivamente, el estado funcional de cada paciente para cada condición médica, que sustituyan las escalas estandarizadas inespecíficas aplicadas a muchas enfermedades, y jerarquizarlas en relación con los periodos agudo y crónico del curso evolutivo de las enfermedades de los pacientes. Para crear “valor”, la jerarquía de “métricas” de desenlaces no se construye para decidir manejos individuales de pacientes, sino proveer una evaluación de resultados para el ciclo completo de cada condición clínica, que les permita al pagador y al paciente seleccionar el proveedor que responda a las mejores expectativas. Lo que no dejan claro Porter y Teisberg es cómo hacer para que el consumidor final de la atención, el paciente, se oriente en un sistema fragmentado, recabe y pondere de forma experta las diferentes opciones del mercado que le ofrece la nueva industria médica concebida para crear valor. Lo claro es que, alguien enfermo debería escoger entre centros de excelencia o entre grupos médicos que traten enfermedades similares a las que aqueja la persona, no entre planes de salud. Se sigue el duelo entre organizaciones de salud por quedarse con el monopolio de la asistencia, a través de campañas informativas de sus quehaceres, a través de publicaciones de indicadores multidimensionales de desenlaces en salud, no bien estructurados ni validados que, sin inducir demanda, selección adversa, ni riesgo moral, compitan en juegos de “suma positiva” (11 - 17).

Estimar la calidad de asistencia en salud mediante una métrica que englobe su multidimensionalidad, es un paso necesario para la eficiencia del mercado. Evaluar el nivel de calidad óptima es mucho más difícil que definir el concepto. La recomendación que se hace generalmente es evaluar la calidad del cuidado en términos económicos, razonando que cualquier cuidado en salud con un beneficio marginal positivo debería ser implementado. Si la disposición a pagar por una unidad de calidad es mayor que los costos marginales, se dice que la calidad aumenta y el mercado en salud se hace competitivo. Aun en este contexto simple, el equilibrio en la provisión de calidad puede o no ser mayor que el nivel socialmente óptimo. Puesto que la intención es la concentración del mercado, paradoja de la propuesta competitiva de suma positiva, los precios no bajan y el comprador promedio que no pueden pagar por calidad, queda excluido de la prestación del servicio (18). Ya Adam Smith lo apuntaba, cuando denunciaba que “... el interés de los comerciantes siempre es expandir el mercado y reducir la competencia”. Amartya Sen (19) insta a “hacer frente, oponerse, incluso ‘desenmascarar’ a los buscadores de beneficios en los mercados cautivos”. Una situación en la que no es posible mejorar la utilidad (el bienestar) de una persona sin reducir la utilidad (el bienestar) de otra, no es óptima en el sentido de Pareto. No se garantizan ni el equilibrio, ni la eficiencia del mercado.

Puede no ser lo mejor elaborar una gran teoría del cuidado de la salud alrededor de una corta lista de procedimientos médicos para los cuales existe evidencia de desenlaces relacionados con la experiencia, cuando existen otros valores en competencia como la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, el saneamiento medioambiental, la eficiencia global del sistema, el uso prioritario de los recursos y la continuidad de los cuidados para los pacientes. Por el contrario, lo mejor sería elaborar nuevos perfiles de investigación, desarrollo e innovación de tecnologías en salud con base en los requerimientos sentidos como prioritarios en las comunidades y de mayor impacto en la salubridad pública, centrados en la morbimortalidad prioritaria conocida. La tarea implica consolidar compromisos sociales que defiendan la salud como derecho y como bien público y, en consecuencia, articular la prestación de servicios de salud eficientes y equitativos con principios de solidaridad y universalidad.

Referencias

1. Porter M, Teisberg E. Redefiniendo la competencia en el sector salud. *Harv Bus Rev* 2004; **82**(6): 64-76.
2. Porter M. What is strategy?. *Harv Bus Rev* 1996; **4**(6): 61-78.
3. Porter M. Las cinco fuerzas competitivas que le dan forma a la estrategia. *Harv Bus Rev* 2008; **86**(1): 78-93.
4. Teisberg E. Improving value. Health + Care in the UK. *Bus Strat Rev* 2011; **1**: 76-78.
5. Calderón R. Equidad y recursos humanos en salud. En: Torres M, Hernández M, Vega R, Medina L, Perdomo A, Naranjo C. ¿Equidad? El problema de la equidad financiera en salud. Memorias del Seminario Internacional el Derecho a la Salud y la Equidad en los Servicios de Salud. Abril 27 y 28. Bogotá: Plataforma

- Interamericana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo 2001; 157-160.
6. **Fresneda-Bautista O.** Anotaciones sobre la equidad en los resultados en salud. *Rev Salud Pública* 2008; **10(1)**: 97-108.
 7. **Hernández-Álvarez M.** El concepto de equidad y el debate sobre lo justo en salud. *Rev Salud Pública* 2008; **10(1)**: 72-82.
 8. **Linares-Pérez N, López-Arellano O.** La equidad en salud: propuestas conceptuales, aspectos críticos y perspectivas desde el campo de la salud colectiva. *Med Social* 2008; **3**: 247-259.
 9. **Sen A.** ¿Por qué la equidad en salud?. *Rev Panam Salud Pública* 2002; **11**: 302-309.
 10. **Enthoven AC, Crosson FJ, Shortell SM.** 'Redefining health care': medical homes or archipelagos to navigate? Recognition of the essential coordinating role of primary care could lay the foundation for truly redefining U.S. Health care. *Health Affairs* 2007; **5**: 1366-1372.
 11. **Porter M, Teisberg E.** How physicians can change the future of health care. *JAMA* 2007; **297**: 1103-1111.
 12. **Porter M.** Value-based health care delivery. *Ann Surg* 2008; **248**: 503-509.
 13. **Porter M.** A Strategy for health care reform – Toward a value-based system. *N Engl J Med* 2009; **361**: 109-112.
 14. **Porter M.** What is value in health care?. *N Eng J Med* 2010; **363**: 2477-2481.
 15. **Teisberg EO, Wallace S.** Creating a high-value delivery system for health care. *Sem Thorac Cardiovasc Surg* 2009; **21**: 35-42.
 16. **Clearly PD, Edgman-Levitan S.** Health care quality. Incorporating consumer perspectives. *JAMA* 1997; **278**: 1608-1612.
 17. **Porter M, Guth C.** Guiding principles of a value-based health care system. In: Porter M, Guth G. *Redefining German Health Care. Moving to a value-based system.* Berlin (Germany): Springer-Verlag; 2012. p. 25-52.
 18. **Gowrisankaran G.** Competition, information provision, and hospital quality. In: Sloan FA, Kasper H. *Incentives and choices in health care.* Massachusetts: *MIT Press*; 2008: 319-352.
 19. **Sen A.** *Desarrollo y libertad.* Bogotá: Planeta; 2001.