

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/325323584>

# Salud basada en el Valor-Parte 2-¿Es más cara la Salud Privada?

Article · May 2018

---

CITATIONS

0

READS

164

1 author:



**Nelson Saldías Seguel**  
University of Bio-Bío

6 PUBLICATIONS 1 CITATION

SEE PROFILE

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



El modelo de costos TDABC en la Salud basada en el Valor [View project](#)

# Salud basada en el Valor – Parte 2 - ¿Es más cara la Salud Privada?

Por Nelson Saldías Seguel, Ing. Civil Industrial (UBB), Mag. Ing. Industrial (UdeC) - 2018

## 1. Introducción.

En el documento previo a éste se describió la historia y concepto de la Salud Basada en el Valor (SBV), que es fundamentalmente una Herramienta o Modelo de Gestión con el que se busca mejorar el desempeño de los Servicios de Salud en algunos países desarrollados, principalmente en los EEUU, donde el gasto en Salud con relación al PIB casi duplica al promedio de la OCDE. El modelo de gestión de la SBV fue definido por Michael E. Porter como el cociente:

$$\text{Valor} = \frac{\text{Resultados en Salud}}{\text{Costos incurridos para entregar Resultados}}$$

La SBV se simboliza con este cociente **Resultado/Costo** o (R/C), que también puede interpretarse como la conocida relación que guía el comportamiento del consumidor al momento de tomar decisiones: **Desempeño/Precio** o (D/P). Es así que un consumidor estará dispuesto a comprar un bien o servicio en la medida que esta relación sea más alta. Tómese por ejemplo un consumidor que debe elegir el automóvil a comprar y está en la disyuntiva entre uno a gasolina o uno eléctrico. Para decidir tomará en cuenta todos los aspectos de Desempeño conocidos tales como: Rendimiento, autonomía, capacidad de carga, garantía y prestigio del fabricante, etc. Luego evaluará el Precio que debe pagar para obtener todo eso. Dentro del Precio incluirá los gastos de operación, mantenimiento y precio de reventa. Los automóviles eléctricos están ganando una cuota de mercado cada vez más alta en el mundo debido a que han aumentado el valor de su relación (D/P) gracias a la Tecnología, que los pone cada vez más cercanos a los vehículos convencionales de alta gama.

Sin embargo, no se deben confundir los cocientes (R/C) y (D/P) ya que, aún cuando el Numerador se refiere a lo mismo, su Denominador es diferente. En el primer caso, el **Costo**, tiene relación con el punto de vista de quien produce y en el segundo, el **Precio**, de quien compra. El presente documento desarrolla un análisis comparativo de ambas perspectivas que permite concluir cuál de los dos sistemas de salud es más caro, el Público o el Privado.

## 2. ¿Es más cara la Salud Pública o la Privada?

Para responder esta pregunta es necesario diferenciar entre el punto de vista del Productor y del Consumidor. Lo que es “caro” para el Productor es el Costo y para el Consumidor es el Precio.

### 2.1. Punto de Vista del Productor.

Los factores e insumos productivos utilizados en los servicios de salud públicos y privados son equivalentes, principalmente por los altos estándares que debe tener esta industria para poder funcionar. Esto involucra infraestructura, equipamiento, personal e insumos médicos calificados y/o certificados. Las condiciones sub-estándar no permiten la acreditación de las instalaciones dedicadas al cuidado de la Salud y los servicios no se pueden prestar. Ante esto es válido asumir que no debieran existir diferencias en la dotación de recursos y suministro de insumos entre ambos tipos de servicios, excepto en lo que dice relación con la complejidad de los establecimientos ya que tanto a nivel público como privado existen aquellos que tienen mayor equipamiento y especialización así como otros más básicos.

Aclarado el punto anterior es posible comparar los servicios de salud con cualquier otra industria, como puede ser el Transporte Aéreo, que también tiene altos estándares para su equipamiento, personal y mantenimiento, de lo contrario las autoridades no permiten su operación. Comparemos ahora ambas en términos de su Productividad Media (PMe). Desde fines del siglo XX vienen surgiendo en esta Industria los modelos de

operación “Low Cost”, primero en EEUU en los 90, luego en la UE a comienzos de los 2000 y desde 2015 en Chile, en una tendencia que aún no se detiene ya que la empresa LATAM está actualmente evaluando si crear o no una aerolínea Low Cost, tal como ya las tienen Lufthansa (Germanwings) y Qantas (Jetstar). ¿Pero qué ha significado ser Low Cost sin arriesgar la seguridad de los vuelos?:

- Mayor tiempo de operación de los aviones y flotas más estandarizadas.
- Personal más reducido mediante automatización de procesos administrativos y de apoyo.
- Servicios opcionales que se pagan por separado (para ahorrar peso principalmente).
- Reducción del tiempo en pista y uso de aeropuertos secundarios, más económicos.
- Concentración en rutas cortas de alta demanda y poco equipaje.

Todo lo anterior apunta a mantener la seguridad y estándar mínimos, pero con mayor uso o aprovechamiento de los recursos y la Capacidad Instalada de la aerolínea, es decir, una mayor PMe, lo que reduce drásticamente los Costos Medios Fijos, muy relevantes en la Industria Aérea al igual que en la Salud. La PMe se mide principalmente en (Pasajeros/tripulante-año) y/o (Pasajeros/asiento-año). La teoría económica define que la PMe es inversamente proporcional a los Costos Medios (CMe), por lo que una mayor PMe conduce a menores CMe. Si se lleva ahora el concepto Low Cost a los Servicios de Salud, podríamos conocer cuál productor es más eficiente observando los parámetros claves de cada sistema. En la Tabla 1 se comparan parámetros entre el sistema de salud público y privado, tanto a nivel de previsión como de prestadores de nivel secundario y terciario.

<b>Tabla 1. Comparación desempeño Servicios de Salud Público y Privado de Chile.</b>				
<b>Nivel</b>	<b>Parámetro</b>	<b>Sistema Público</b>	<b>Sistema Privado</b>	<b>Total (100%)</b>
<b>Previsión</b>	Gasto 2017 (en millones de \$)(1)	\$6.613.524 (79.1%)	\$1.751.321 (20.9%)	\$8.364.845
	Numero Beneficiarios (1)	13.468.265 (79.7%)	3.427.665 (20.3%)	16.895.930
	<b>Gasto por beneficiario (\$/año)</b>	<b>491.045 (\$/año)</b>	<b>510.937 (\$/año)</b>	
<b>Tipo establecimiento</b>	Numero camas 2015 (2)	28.205 (73.9%)	9.933 (26.1%)	38.138
	Egresos anuales 2015 (3)	1.070.527 (64.1%)	600.527 (35.9%)	1.671.054
	Egresos/Cama-año (4)	37.9	60.5	
	Días Estada/Egreso (3)	6.8	4.1	
	Ocupación camas (5)	70.7%	67.9%	

Fuentes:  
 (1): Asociación de Isapres. "Sistema Público y Privado de Salud: Se igualan los Recursos per cápita disponibles para Atenciones de Salud". Octubre 2017.  
 (2): Compendio Estadístico INE 2017.  
 (3): Reportes Minsal ([https://reportesdeis.minsal.cl/egresoshospitalarios/menu\\_publica\\_nueva/menu\\_publica\\_nueva.htm](https://reportesdeis.minsal.cl/egresoshospitalarios/menu_publica_nueva/menu_publica_nueva.htm))  
 (4): Calculado como (Egresos anuales / Numero camas)  
 (5): Calculado como (Egresos\*Días Estada / Camas\*365)

En cuanto al tipo de Previsión, se observa un gasto muy similar entre los beneficiarios del sistema público y privado, lo que llevaría a pensar en que el desempeño de ambos sistemas debiera también ser parecido, sin embargo, veremos más adelante que en los últimos 5 años se ha observado una migración constante desde el seguro público hacia el privado, pese a que la brecha de recursos disponibles para ambos tipos de beneficiarios se ha ido reduciendo al punto de ser hoy cercana al 5% de acuerdo a la fuente citada.

Respecto a la dotación de recursos en los establecimientos de cada sistema y su PMe (Rendimiento), sólo hay similitud en el índice de ocupación de camas, donde los valores son cercanos al 70%, pero la PMe es muy diferente. Los establecimientos públicos representan el 73.9% de la capacidad instalada en camas, pero sólo alcanzan a cubrir el 64.1% de los Egresos anuales, principalmente por los días de estada, que son un 66% mayores en promedio a los establecimientos privados. En estos últimos se logran 60.5 egresos anuales por cama, contra 37.9 en el sistema público. Para descartar el hecho de que las características de los usuarios sean muy diferentes se

tomó una muestra de egresos para causas comunes, los que se muestran en la Tabla 2 y que corresponden al año más reciente disponible, el 2015.

<b>Tabla 2. Comparación de egresos según causa entre sistema público y privado</b>				
<b>Causa (Código)</b>	<b>Sistema Público</b>		<b>Sistema Privado</b>	
	Egresos 2015	Días de estada	Egresos 2015	Días de estada
Colelitiasis (K80)	137.928	4,3	43.902	1,7
Cesárea (O82)	123.788	3,2	114.620	2,5
Apendicitis Aguda (K35)	80.101	3,0	18.036	2,2
Hernia Inguinal (K40)	20.301	2,3	14.228	1,4
Tumor Maligno Próstata (C61X)	14.895	7,7	8.946	5,5

Fuente: Reportes MINSAL ([https://reportesdeis.minsal.cl/egresoshospitalarios/menu\\_publica\\_nueva/menu\\_publica\\_nueva.htm](https://reportesdeis.minsal.cl/egresoshospitalarios/menu_publica_nueva/menu_publica_nueva.htm))

Los días de estada son mayores en los establecimientos públicos en rangos que van desde el 28% (Cesárea) al 149% (Colelitiasis). La media, de acuerdo a la Tabla 1, es de un 65,8% más de tiempo de estada en establecimientos públicos respecto de los privados o, si se calcula al revés, los establecimientos privados tardan un 28,6% menos de tiempo en resolver a los pacientes que los establecimientos públicos. Si los establecimientos públicos tuvieran una PME de 5,5 días de estada promedio por Egreso, manteniendo el índice de ocupación, podrían resolver:

$$(28.205 * 365 * 0,707) / 5,5 = 1.323.353 \text{ (Egresos/año)}$$

Este valor equivaldría a una PME de 46.9 (Egresos/Cama-año). De acuerdo a un informe del Colegio Médico de Chile A.G., a Septiembre de 2017 eran 1.661.826 las personas en lista de espera para alguna atención. Por el contrario, las esperas en el sistema privado son casi inexistentes. De acuerdo a este cálculo, de mejorarse la PME del sistema público a 5,5 días de estada por Egreso, la Lista de Espera se resolvería en 5 años. Otro elemento a considerar es que de los 600 mil egresos del Sistema Privado, sólo 314 mil son de Isapre. El resto se reparte en Fonasa, compra desde el sistema público, particulares y previsión de las FFAA.

Dada la información anterior se concluye que, desde el punto de vista del productor, el rendimiento del sistema público es inferior al del sector privado, por lo que es definitivamente más caro que éste último. Si se hace nuevamente la comparación con la industria aeronáutica, el sistema público y privado tienen índices bastantes parecidos de ocupación de sus vuelos, pero los viajes en el sistema público tardan mucho más, por lo que pueden hacer menos viajes por año con cada asiento que disponen. Todo lo contrario al concepto “Low-Cost”.

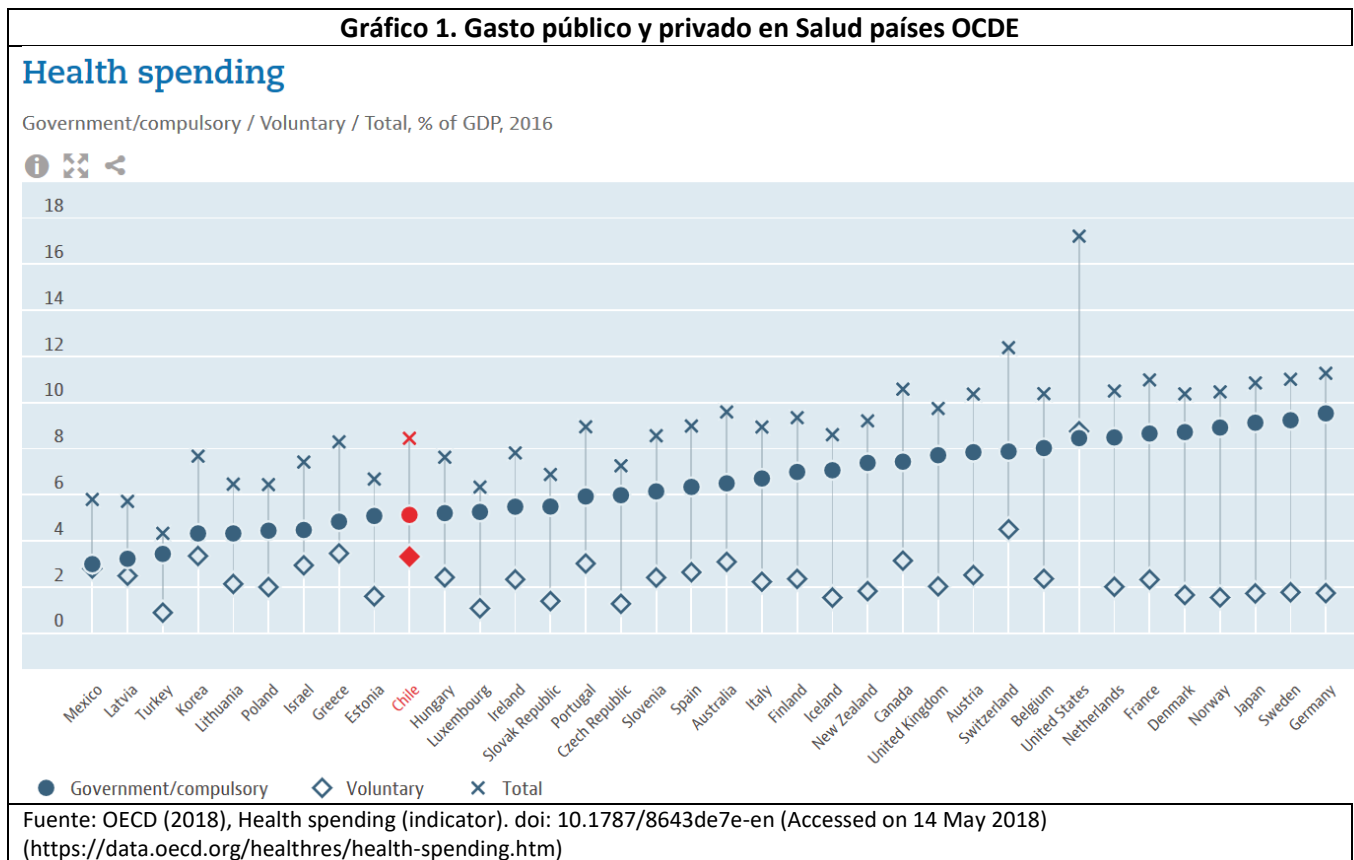
## 2.2. Punto de vista del Consumidor.

Para los consumidores de servicios de Salud la decisión de optar por uno u otro sistema obedece al cociente **Desempeño/Precio** o (D/P), el cual tiene su origen en la *Teoría de la Elección del Consumidor* (TEC), concepto base de la *Economía de la Conducta*, que es un campo de investigación de la psicología que trata de explicar la racionalidad de la toma de decisiones de compra por parte del Consumidor (Ley de la Demanda). Es un “caballo de batalla” básico de la Economía que se utiliza en Finanzas y Marketing desde hace muchos años para explicar cómo deciden los consumidores a la hora de comprar y que está presente en todo texto de economía desde hace décadas. La TEC se puede resumir en el siguiente concepto: Un consumidor cuando adquiere un bien o servicio lo hace para obtener una cantidad determinada de placer, satisfacción o Utilidad (que es difícil de medir en la práctica). Con un determinado presupuesto el consumidor tratará de maximizar la Utilidad que obtiene de todos los bienes y servicios que compra. Cada vez que compra un bien o servicio obtiene lo que se denomina “Utilidad Marginal” (UMg), que se va sumando con la UMg de todos los bienes y servicios que compra con su presupuesto. La suma de todas las UMg (placeres o satisfacciones) de lo que compró es su Utilidad Total (UT) o Satisfacción Total. Así por ejemplo, un niño obtendrá una alta UMg si le regalan justo aquel juguete que le gusta,

pero si le regalan aquel que no quiere, lo dejará tirado ya que no le brinda ningún placer o utilidad. Finalmente, como los consumidores compran decenas y hasta cientos de bienes y servicios distintos, buscarán siempre maximizar su UT tratando de obtener la mayor sumatoria de UMg por todos los bienes que compraron. Para ello siempre buscarán bienes cuyo Desempeño justifique el precio pagado pues a mayor Desempeño, mayor UMg.

La TEC también dice que si aumenta el precio de mercado de algún bien o servicio, el consumidor buscará sustituirlo rápidamente por otro similar que sea más barato, lo que se denomina **Efecto Sustitución** y que explica en gran parte la Ley de la Demanda. Dos bienes o servicios muy similares (que entregan UMg similares) no pueden tener precios muy diferentes ya que los consumidores lo notarán y aumentarán el consumo del más barato a la vez que disminuyen aquel que se ha encarecido. Es lo que sucede con el precio de la carne de pollo y pavo, cuyo precio es similar. Sin embargo, cuando el bien o servicio que ha subido de precio no es fácil de sustituir, como por ejemplo la Energía, al subir el precio golpea el bolsillo del consumidor provocando un menor consumo de ese bien y del resto de los bienes, lo que se denomina **Efecto Renta**. Este efecto tiene 2 movimientos: Si la Renta aumenta, el consumidor comprará más de aquellos bienes normales y menos de aquellos bienes denominados “Inferiores”, es decir, los que tienen Desempeño ( y UMg) menor. La ropa usada es un ejemplo de bien calificado como Inferior.

Con estos antecedentes teóricos se puede ahora analizar el comportamiento del consumidor de servicios de salud. ¿Qué explica la existencia de Salud Privada en todos los países de la OCDE, aún cuando en muchos de ellos la Salud Pública es gratuita y de gran cobertura, como es el caso de Canadá y Reino Unido?. ¿Son la Salud Pública y Privada bienes sustitutivos uno del otro?. El Gráfico 1 muestra el Gasto en Salud Pública y Privada para los países de la OCDE durante el año 2016, que es el último disponible.

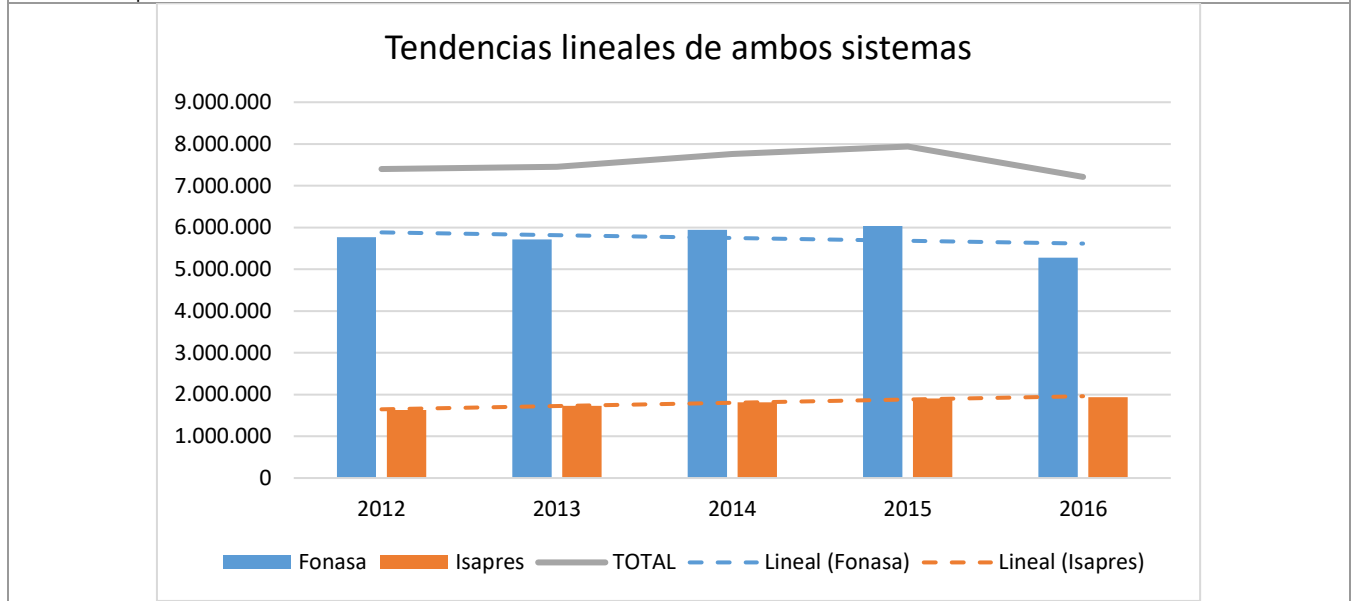


Se observa que en la mayoría de los países de la OCDE el porcentaje de gasto en Salud Privada va desde el 15% al 50% del total. Esto no es fácil de entender para países desarrollados donde la salud pública se financia con impuestos y no tiene “costo” para el paciente. Eso a primera vista.

Analizando el caso de Chile, si se compara la evolución entre afiliados de Fonasa e Isapres en los últimos 5 años, lo que se muestra en la Tabla 3, se aprecia la misma situación.

Sistema \ Año	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Fonasa</b>	5.770.168	5.718.110	5.944.746	6.036.620	5.276.127
<b>Isapres</b>	1.629.196	1.732.754	1.816.276	1.902.448	1.935.515
<b>TOTAL</b>	7.399.364	7.450.864	7.761.022	7.939.068	7.211.642

Fuente: Censo estadístico INE 2017.



En este periodo de 5 años se observa una baja del 8.6% en los afiliados de Fonasa y un aumento del 18.8% en los afiliados a Isapres. De acuerdo a la información de la Superintendencia de Salud (Series Estadísticas del Sistema Isapres, <http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/w3-article-16503.html>), las regiones con mayor renta tienen una mayor proporción de afiliados a Isapres. Lo contrario sucede con las regiones de menor renta, que tienen la menor proporción de población afiliada a Isapres. Esto sugiere que hay un Efecto Renta negativo, ya que si aumenta la Renta, disminuye el consumo de Salud Pública.

### ¿Se cumple la Ley de la Demanda en el caso de la Salud Pública?

No tiene mucha lógica el hecho de que aumente el consumo de seguros privados de salud cuando su precio constantemente aumenta por sobre el IPC, lo que ha llevado a que miles de personas demanden a las Isapres anualmente para anular el reajuste de tarifas, es decir, aquí no se cumple la Ley de la Demanda ya que los seguros privados son cada vez más caros comparativamente con el seguro público o dicho de otra forma, Fonasa es cada vez más barato frente al seguro privado, por lo que el Efecto Sustitución dicta que debiera consumirse más el seguro público. Pero es todo lo contrario, pese a que Fonasa es cada vez más barato, se consume menos.

La Ley de la Demanda solamente no se cumple para los bienes denominados **Giffen**, que son aquellos bienes calificados como fuertemente inferiores, consumidos por personas de bajos ingresos que no tienen forma de sustituirlos fácilmente. Es por ejemplo el caso de la locomoción colectiva urbana y la educación pública primaria y secundaria, donde las diferencias de precio son también bastante grandes respecto de los sustitutos. En los bienes Giffen, el Efecto Renta es muy fuerte, más grande y contrario al Efecto Sustitución, que sería el caso de la Salud Pública. Si un consumidor sufre una baja de su renta por quedar cesante por ejemplo, consumirá más Salud Pública y si por el contrario, se cambia a un trabajo con mayor remuneración, consumirá más Salud privada.

## ¿Cuándo toma un consumidor la decisión de cambiarse a la Salud Privada?

Como ya se mencionó, el resultado del cociente (D/P) es el que explica estas decisiones. Por ejemplo, una familia que ha estado en Fonasa y se cambia a Isapre, lleva a cabo un cambio en el patrón de consumo que es muy similar al cambio desde la educación pública hacia la privada o desde el Transporte Público hacia el automóvil particular. Y es difícil la vuelta atrás, aunque no imposible. El consumidor lleva a cabo este cambio cuando evalúa el cociente (D/P) en la siguiente igualdad, denominada de “Equilibrio del Consumidor”:

$$\frac{\text{UMg Salud Pública}}{\text{Precio Salud Pública}} = \frac{\text{UMg Salud Privada}}{\text{Precio Salud Privada}}$$

El consumidor elegirá el sistema de salud cuyo cociente (D/P) sea más alto, siempre y cuando esté dentro de sus posibilidades, por lo tanto, los hechos que explican el cambio desde la Salud Pública a la Privada son:

**Desempeño (UMg):** Son muchos los elementos que un consumidor evaluará en este caso, pero que en resumen constituyen los “Resultados” esperados del servicio para el paciente y que ya fue desarrollado en la sección 2 del documento anterior. Algunos Resultados son por ejemplo: Tiempos de espera, riesgo de complicaciones, % de recuperación total, Tasa de Mortalidad, sobrevivida esperada, burocracia asociada al proceso de obtención de las prestaciones, etc. En la medida que estos indicadores mejoren se tendrá una UMg y cociente (D/P) más alto.

**Precio:** En la teoría económica el Precio que se paga por un bien o servicio no es necesariamente el que está señalado en una boleta o factura. Existe el denominado “Costo de Oportunidad” de las personas, que son aquellos ingresos que se “dejan de percibir” por tomar una determinada alternativa de consumo. Por ejemplo, un estudiante universitario dirá que su carrera es “gratis” porque está becado, pero lo cierto es que está dejando de percibir un sueldo que podría recibir si estuviera trabajando. El estudiante “sacrifica” esos ingresos actuales apostando a que sus ingresos futuros (actualizados) al trabajar como profesional serán mucho mayores. Este sueldo alternativo es el “Precio” que paga por consumir educación superior “gratuita”. En el caso de un paciente de la Salud Pública que no paga por las prestaciones que obtiene, el precio será el tiempo que debe invertir en obtenerlas y los riesgos asociados a que una mala praxis le signifique tener que estar más tiempo dedicado a su salud y no a trabajar. Eso explica que las regiones de altos ingresos tengan más personas en la salud privada ya que su Costo de Oportunidad es más alto. Se infiere entonces que sucede lo mismo en todos los países de la OCDE y que al aumentar el Costo de Oportunidad de la Salud Pública por mayores tiempos de espera, es su Precio el que aumenta, lo que disminuye el cociente (D/P) de dicho sistema, desplazando consumo hacia el sistema privado ahora más “barato” comparativamente.

Excluyendo al “Desempeño” en el cociente (D/P), se puede concluir que el Precio de la Salud Pública es mayor para quienes tienen un Costo de Oportunidad mayor (personas de altos ingresos). Así entonces, cada vez que una persona vea aumentar sus ingresos (y su Costo de Oportunidad), evaluará como “cara” a la Salud Pública por los tiempos asociados, reduciendo el cociente (D/P) de este sistema, por lo que se cambiará al sistema privado, cuyo cociente (D/P) será más alto dado sus menores tiempos de espera (y menor Costo de Oportunidad). Si el consumidor es de bajos ingresos, su costo de oportunidad será bajo, por lo que para esa persona el Precio de la Salud Pública también será bajo y el (D/P) asociado será alto, por lo que continuará en ese sistema y no se cambiará. Por lo tanto, el crecimiento económico experimentado por Chile en los últimos años explica la caída en los afiliados a Fonasa (Efecto Renta) y con las actuales proyecciones futuras de crecimiento es muy probable que esta tendencia continúe.



### 3. Conclusiones.

El panorama de costos y precios no se ve alentador para la Salud Pública ni para sus beneficiarios ya que desde el punto de vista del Productor es claramente menos eficiente y por lo tanto más costosa de producir, lo que reduce su capacidad para satisfacer la Demanda. Desde el punto de vista del Consumidor, los mayores tiempos de atención la hacen ser cada vez más “cara”, provocando un desplazamiento de usuarios hacia la Salud Privada.

#### ¿Cómo avanzar en una mejora del cociente (D/P) en la Salud Pública?

Obviamente mejorando el Desempeño (Resultados) de manera que aumente la UMg de consumirla y/o disminuyendo el Precio para mejorar la relación (D/P). Una persona que necesita una atención de salud normalmente la requiere al corto o muy corto plazo. Volviendo al ejemplo de la industria aérea, los pasajes son más baratos cuando se compran con antelación debido a los “ajustes” que puede hacer el viajero para buscar otras alternativas (sustitutos), pero si el pasaje se compra para el plazo inmediato (1 o 2 días), el precio sube y los viajeros lo pagan debido al Costo de Oportunidad de ese tiempo, que a veces puede ser muy grande, como perder una entrevista de trabajo o una gran oportunidad de negocio. La Salud Privada realiza algo similar ya que al ofrecer tiempos más cortos en sus prestaciones, puede cobrar un precio aparentemente mayor debido a que las condiciones negativas de salud pueden tener el Costo de Oportunidad (Precio) más alto de todos, que es la muerte o secuelas permanentes, lo que llevaría al cociente (D/P) a valer cero. No hay duda entonces de que el “Tiempo” asociado a la entrega de las prestaciones es un elemento clave a mejorar. En segundo lugar, el modelo “Low Cost” de la industria aérea que fue citado antes entrega más claves, siendo la más evidente el hecho de que dicho modelo definitivamente es una **Estrategia a seguir** por los Sistemas de Salud Público y Privado, principalmente a través de:

- Procesos administrativos más cortos y estandarizados ya que agregan “cero” valor para el paciente. Si hay mucho personal administrativo significa que los procesos no son los más eficientes y la información no es la óptima.
- Concentrarse en la “Alta Demanda” para crear más especialización productiva, lo que mejora la productividad de los factores en aquellos padecimientos más comunes.
- Estandarización del equipamiento, para mejorar condiciones de suministro y mantenimiento.
- Usar las instalaciones más eficientes (Modalidad de Atención Institucional), lo que involucra separar el seguro de los prestadores, tal como sucede en la Energía, donde las generadoras son distintas a las distribuidoras. En la industria de la generación eléctrica los precios licitados cayeron desde 60 (USD/MWh) en 2015 a poco más de 30 (USD/MWh) en 2017 producto de la mayor competencia. Los prestadores, tanto públicos como privados, deben competir para poder lograr mayor eficiencia. Lo mismo sucedió inicialmente con las AFP, que luego de tener que competir, tuvieron que bajar costos. Los monopolios siempre producen una menor cantidad que cuando tienen competencia.
- Mayor uso de los Activos, lo que ya se comenzó a realizar recientemente con el inicio de cirugías en la red pública los fines de semana para acortar listas de espera.

Finalmente mencionar lo descrito en 2011 por Michael E. Porter y Robert S. Kaplan en su artículo del HBR “*How to solve the Cost crisis in Health Care*”, ya mencionado en el documento anterior y que recomienda medir los costos de prestaciones, tratamientos y pacientes mediante el modelo TDABC, ya que permite develar el real aprovechamiento de los recursos y tomar medidas efectivas para la mejora de los procesos. La red pública de salud obtiene un rendimiento muy inferior al sistema privado, con recursos productivos equivalentes y presupuestos muy similares, por lo que la diferencia sólo puede estar en la forma en que dichos recursos se gestionan.