

VALUE-BASED HEALTHCARE

De la teoría a la acción

Autores

JOAN BARRUBÉS
LADISLAO HONRUBIA
MARTA DE VICENTE
ALMUDENA NAKE
LAURA SOPEÑA
CARLES VILARDELL
ESTEBAN CARRILLO
LLUIS TRIQUELL
EDUARD PORTELLA

Abril 2019

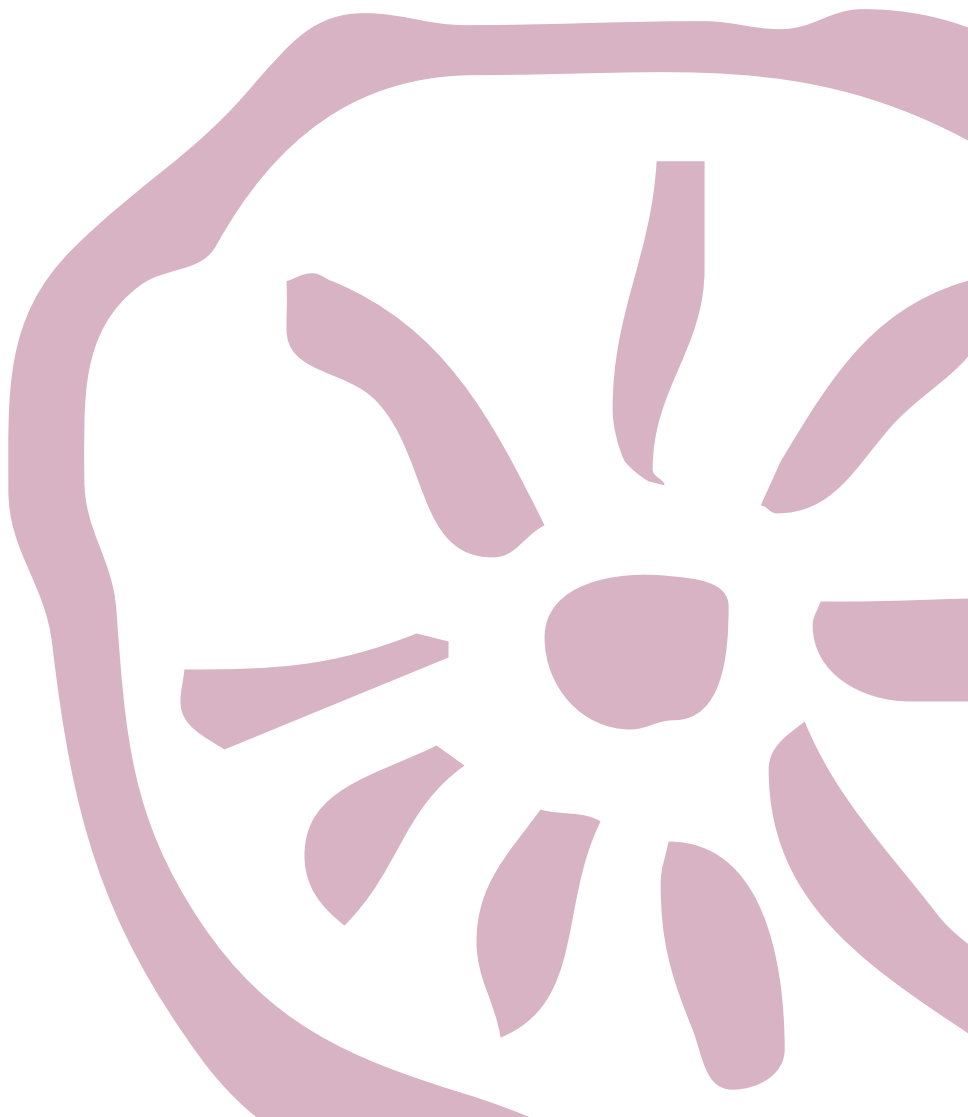
ANTARES 
consulting

Edita: Antares Consulting, S.L.
Av. Josep Tarradellas, 8-10
08029 Barcelona

© Antares Consulting S.L. Se permite la reproducción parcial citando como fuente Antares Consulting.

Citar como:

Barrubés J, Honrubia L, de Vicente M, Nake A, Sopeña L, Vilardell C, Carrillo E, Triquell LI, Portella E. Value Based Healthcare. De la teoría a la acción. Barcelona: Antares Consulting; 2019



Índice

Introducción	p.8
1. Empezar a medir el valor con los datos disponibles	p.10
1.1 Cambiar el marco conceptual... y la métrica	p.10
1.2 Seleccionar los procesos más relevantes y factibles para empezar	p.12
1.3 Comenzar por indicadores de <i>outcomes</i> ya existentes	p.13
1.4 Incorporar al paciente desde el inicio	p.17
1.5 Realizar un inventario de datos disponibles	p.18
2. Diseñar el proceso asistencial orientado a generar valor para el paciente	p.20
2.1 Diseñar la cadena de valor del proceso asistencial: más allá del itinerario del paciente	p.20
2.2 Diseñar la cadena de valor paso a paso	p.22

3. Instrumentos para alinear los actores alrededor del objetivo de valor	p.26
3.1 El incentivo profesional: la orientación al valor	p.27
3.2 El incentivo económico a los profesionales: ¿podemos diseñar sistemas variables?	p.30
3.3 El incentivo para las organizaciones: el pago por resultados en las organizaciones sanitarias	p.35
4. Incorporar la noción del valor en la compra: <i>Value Based Procurement</i>	p.41
4.1 Las posibilidades de la nueva Ley de Compra Pública y las Directivas europeas	p.42
4.2 La compra por valor frente a compra por precio	p.43
4.3 La incorporación del concepto de valor en el proceso de compra	p.44
4.4 Cambios para el comprador	p.45
4.5 Cambios para el vendedor o proveedor	p.48
5. Recomendaciones prácticas para todos los actores	p.51
6. Bibliografía	p.54

Introducción

Hace algo más de una década, Michael Porter introdujo el concepto *Value-Based HealthCare* (conocido por sus siglas VBHC). La principal aportación del VBHC se resume en orientar la práctica asistencial hacia aquellas actividades que generen los mejores resultados en salud o *outcomes* posibles, que sean relevantes para el paciente y por cada unidad de gasto producida.

Tradicionalmente, la medicina se ha basado en la evaluación de los actos asistenciales prácticamente por separado, evaluando su eficacia, eficiencia y su coste-efectividad. La medicina basada en la evidencia se basa en dichos principios, así como la aproximación desde el mundo de la economía de la salud. Más recientemente, se ha puesto un gran énfasis en la seguridad de dichos actos sanitarios, y sobre la pertinencia o adecuación de cada acto asistencial (*right care movement*). Sin embargo, el enfoque del VBHC pone énfasis en el resultado global del conjunto del proceso asistencial realizado sobre las personas o pacientes (recuperación parcial o completa del estado de salud, proceso de recuperación y sostenibilidad de la salud recuperada). Y esto lo hace en relación a los esfuerzos realizados (conjunto de costes incurridos para alcanzar dichos resultados).

En poco tiempo, se ha generado un consenso amplio sobre la necesidad de orientar el sistema sanitario y

sus organizaciones de cuidados hacia la generación de valor. La difusión y absorción del concepto de VBHC es ya muy amplio; sin embargo, todavía estamos en una fase de aproximación conceptual al tema.

Pero tras más de una década, seguimos teniendo dificultades en aterrizar de forma operativa el concepto de VBHC en las organizaciones y sistemas sanitarios. Seguramente, la iniciativa más relevante en estos momentos parte del International Consortium for Healthcare Outcomes Measurements, quien propone conjuntos de indicadores por procesos asistenciales con el fin de medir los *outcomes* relevantes para el paciente.

El objetivo de este documento es aportar alguna guía práctica para empezar a implementar el concepto de VBHC a nuestras organizaciones, dando pasos pequeños pero efectivos para empezar a implantarlo. Se abordará cómo empezar a medir el valor, en un contexto donde de momento se miden actividades: qué indicadores son relevantes, pero también cómo recogerlos. Y una vez definido el valor bajo la perspectiva del paciente, cómo rediseñamos el proceso asistencial para acercarnos a este objetivo. Por último, abordaremos cómo introducir la noción de valor en los procesos de compra de medicamentos y tecnología sanitaria.

1 Empezar a medir el valor con los datos disponibles

1.1 Cambiar el marco conceptual... y la métrica

El primer paso para implementar el enfoque de VBHC implica, necesariamente, diseñar un sistema de medición de los *outcomes* o resultados en salud. Y ello requiere un cambio conceptual y de sistema métrico, pues hasta ahora el sistema recoge fundamentalmente actividades clínicas realizadas y no los resultados en salud alcanzados.

El proceso asistencial se descompone, en esencia, de tres fases:

| Diagnóstico | Tratamiento | Recuperación

Los sistemas de información asistenciales, por su origen administrativo y de facturación, están orientados a lo que se hace, y no a lo que se obtiene. Y, por lo tanto, recogen razonablemente bien información sobre diagnósticos y procedimientos realizados sobre el paciente durante su estancia física en el hospital. E insistimos en este concepto: la estancia física dentro del hospital. Sin embargo, los resultados en salud para el paciente se obtienen después del episodio de hospitalización: durante su proceso de recuperación. Y aquí el sistema de información asistencial es débil. De hecho, en algunos casos el sistema de

información sigue estando muy centrado en el binomio diagnóstico-tratamiento en régimen de hospitalización convencional. Algunos CBMDs incluyen el tratamiento ambulatorio, pero no todos. Pero en el fondo, no recogemos bien los siguientes procesos clínicos:

Diagnóstico en urgencias, prescripción de tratamiento, tratamiento en el domicilio y seguimiento en consulta programada.

Paciente derivado de atención primaria u otro especialista, diagnóstico en consulta, prescripción de tratamiento, tratamiento en el domicilio y seguimiento en consulta programada.

Diagnóstico en consulta, tratamiento médico en hospital de día y seguimiento en consulta.

Otro reto que debemos superar a nivel conceptual es poner la unidad de medida "paciente" como unidad básica. Si se van a medir los *outcomes* relevantes para los pacientes, parece lógico que midamos primero cuántos pacientes se atienden. Y esta información básica no la tenemos como unidad de medida central (aunque ciertamente puede calcularse con la información recogida). Hoy los hospitales miden cuántas altas o ingresos hospitalarios (y esta unidad de medida no son personas), cuántas cirugías, cuántas consultas y cuántas urgencias atendidas...y, sin embargo, todo esto son componentes de procesos asistenciales sobre personas. Si esta afirmación parece exagerada, traten de preguntarse cuántos pacientes unipersonales se han atendido en su hospital y si dicho dato aparece en alguna memoria de actividad, cuadro de mando o similar.

En resumen, el primer paso que deberíamos dar es cambiar el marco conceptual del sistema de medición de la actividad en dos direcciones:

La unidad de medida básica deberían ser las personas, sobre las que realizamos procesos asistenciales compuestos por una combinación de urgencias, consultas, tratamiento de día o hospitalización, y seguimiento en consulta.

El perímetro de la información relevante debe alcanzar la tercera fase de cualquier proceso asistencial: el seguimiento y recuperación del estado de salud, y no solo medir diagnóstico y procedimientos.

1.2 Seleccionar los procesos más relevantes y factibles para empezar

El reto de empezar a medir resultados en salud relevantes para los pacientes es mayúsculo, y para ello sólo cabe plantearse una estrategia a largo plazo en cualquier organización y empezar por los procesos que reúnan mayores condiciones de factibilidad.

En este sentido, sería recomendable combinar cuatro criterios para decidir por dónde empezar:

- 1 Seleccionar los procesos clínicos más relevantes para la organización sanitaria, a partir de un análisis ABC de la actividad realizada y/o en patologías con mayor afectación en las actividades de la vida diaria y, por lo tanto, con mayor impacto para los pacientes. Además del criterio de relevancia por volumen, sería conveniente ponderarlo por la complejidad del proceso asistencial. Quizá es poco recomendable empezar por patologías con procesos de larga duración y multidisciplinarios.
- 2 Identificar los servicios con mayor predisposición a iniciar este proceso de medir resultados en salud y suficientemente motivados para reorganizar procesos asistenciales con el fin de orientarlos a los *outcomes* definidos.
- 3 Identificar los procesos asistenciales donde ya existe un trabajo previo, a nivel nacional o internacional, de definición de los *outcomes* relevantes desde la perspectiva de los pacientes.
- 4 Valorar la facilidad de recopilar datos necesarios para poder medir los *outcomes*.

1.3 Comenzar por indicadores de *outcomes* ya existentes

Según la definición de la Organización Mundial de la Salud, los resultados en salud (*outcomes*) son los cambios en el estado de salud de un individuo, de un grupo de individuos o de una población, atribuibles a una intervención o serie de intervenciones.

Los *outcomes* deben medirse para una condición médica concreta y durante todo el proceso de atención.

A su vez, las dimensiones de análisis son múltiples: diagnósticos, morbilidades crónicas, multimorbilidad, complicaciones, capacidad funcional, supervivencia, complejidad, discapacidad, entre muchas otras. En este sentido, la supervivencia, incontinencia, función eréctil, ansiedad, dolor o la fatiga son ejemplos de *outcomes*.

Micheal Porter establece una jerarquía de *outcomes* en tres niveles:

Proceso de recuperación

- Supervivencia.
- Nivel de salud alcanzado o recuperado.

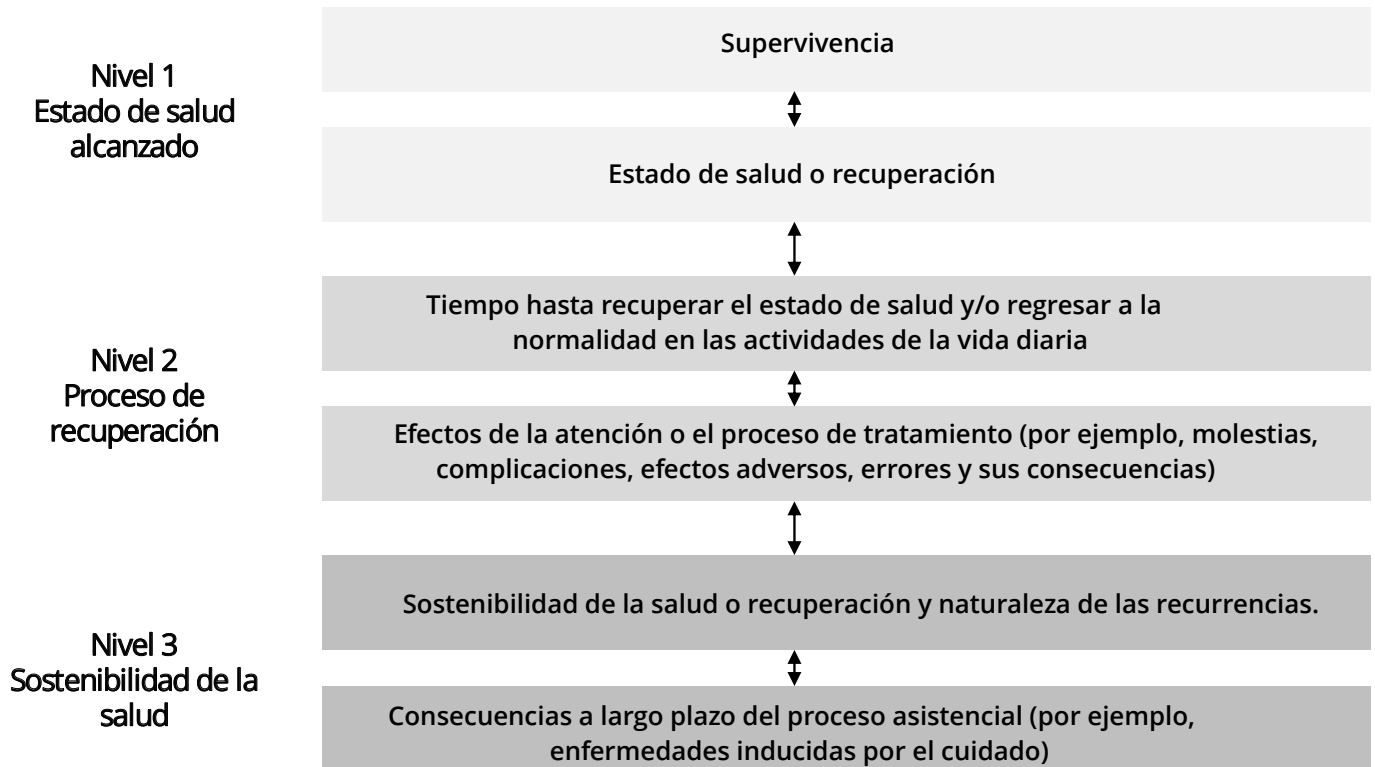
Estado de salud alcanzado

- Tiempo de recuperación y de regreso a la actividad.
- Problemas aparecidos en el proceso terapéutico.

Mantenimiento del estado de salud

- Sostenibilidad del nivel de salud alcanzado.
- Problemas a largo plazo del proceso terapéutico.

Figura 1: La jerarquía de la edición de los *outcomes*



La dificultad de trabajar con resultados en salud responde a varios aspectos:

Conceptuales _____

- La complejidad en su definición (capacidad funcional).
- Su multicausalidad (ansiedad).
- La dificultad de incorporar influencia de los factores del entorno (supervivencia).
- El seguimiento en el tiempo (complicaciones).

Operativos _____

- La heterogeneidad y no idoneidad de los sistemas de información. Su multicausalidad (ansiedad).
- Cultura de la profesión sanitaria.

Los conjuntos de indicadores de *outcomes* definidos por ICHOM

ICHOM es una organización sin ánimo de lucro fundada en el año 2012, en Boston. Los miembros de su Junta son el Profesor Michael E. Porter de la Escuela de Negocios de Harvard, el Dr. Stefan Larsson del Boston Consulting Group, el Profesor Martin Ingvar del Instituto Karolinska y el Dr. Don Berwick del Instituto para el Mejoramiento de la Atención Médica.

ICHOM reúne a representantes de pacientes, médicos y otros profesionales para priorizar un conjunto de resultados clave para diferentes afecciones médicas. Estos se publican en sus *Standard Sets* de acceso abierto y son utilizados por los hospitales para guiarse al escoger qué resultados medir.

Algunas de las condiciones médicas en las que trabajan son:

- Aparato cardiovascular y circulatorio: Ictus, fibrilación auricular, enfermedad arterial coronaria.
- Anomalías congénitas: parálisis facial periférica aguda idiopática en niños. Malformaciones congénitas del miembro superior, microsomía craneofacial.
- Diabetes e insuficiencia renal crónica.
- Enfermedad inflamatoria intestinal.
- Cáncer colorrectal, cáncer de mama, cáncer de próstata, cáncer de pulmón.
- Depresión y ansiedad, desórdenes de personalidad, abuso de sustancia y adicciones, etc.
- Artritis, osteoartritis, dolor lumbar.
- Enfermedad de Parkinson.
- Demencia.

El caso de los Hospitales Santeon (Países Bajos)

Santeon es una cooperativa de siete hospitales holandeses que, en conjunto, representan el 11% del volumen de la atención hospitalaria del país, emplean a aproximadamente 29.000 personas y generan 2,9 mil millones de euros en ingresos anuales. Estos hospitales están muy dispersos en el territorio y no compiten directamente entre sí.

Santeon comenzó a implementar *Value Based Healthcare* (VBHC) en marzo de 2016 en cinco tipologías de paciente: cáncer de mama, cáncer de próstata, cáncer de pulmón, accidente cerebrovascular (ACV) y artrosis de cadera. Para ello, se constituyó un *improvement team* para cada tipología con una hoja de ruta que consta de cuatro etapas:

- 1 Definir las métricas que miden el valor generado.
- 2 Compartir los resultados internamente e implementar ciclos de mejora estandarizado.
- 3 Compartir los resultados externamente para inspirar a otros y acelerar las mejoras.
- 4 Avanzar hacia la contratación basada en el valor.

Los *improvement teams* trabajan de forma autónoma y se reúnen cada 2 meses. Están compuestos por: un *project leader*, un analista de datos (tiene acceso a los registros clínicos y administrativos de los 7 hospitales), 1 ó 2 pacientes, médicos y otros profesionales vinculados al proceso de atención.



Ejemplo: Definición de las métricas definidas en artrosis de cadera:

Outcomes

- 3 PROMs: calidad de vida, dolor y estado funcional.
- Complicaciones durante el ingreso.
- Complicaciones después del alta.
- Reintervención de la misma cadera después de 2 años desde la primera intervención.

Costes

- Tiempo de operación (OR) por paciente.
- Precio de coste de la cadera.
- Duración del tratamiento por paciente.
- Admisión del día de la cirugía.
- Actividad de diagnóstico.
- Número de consultas externas por paciente.
- Destino al alta.

Procesos

- Días entre la visita a la consulta externa y la operación.
- Cancelaciones de cirugía.

1.4 Incorporar al paciente desde el inicio

Para saber cuáles son los resultados que importan a los pacientes, es necesario preguntar o trabajar directamente con los pacientes y para ello, es necesario incorporarlos en la reflexión desde el inicio, por dos motivos evidentes:

- | Son los pacientes quienes deben definir qué resultados en salud son relevantes para ellos.
- | Son los pacientes quienes contribuirán a recoger los datos necesarios para medir dichos outcomes, en la fase de recuperación.

Por lo tanto, en esta fase inicial sería conveniente incorporar un grupo de trabajo compuesto por pacientes para trabajar con el servicio/especialidad y proceso clínico seleccionado para iniciar el proceso de definición de *outcomes*.

Este grupo de pacientes puede configurarse contando con pacientes activos e implicados del servicio, y con representantes de asociaciones de pacientes.

Una vez constituido el grupo de pacientes, sería conveniente realizar una investigación previa en la literatura y en casos reales sobre medición de *outcomes* en dicho proceso asistencial y/o patología.

Para conocer la percepción del paciente sobre los resultados de salud y en base a qué factores, a menudo relacionados con su calidad de vida, se valoran estos resultados y se manejan los llamados *Patient Reported Outcome Measures* (PROMs). Los PROMs son medidas de salud percibidas por los pacientes y la población que incluyen (no exclusivamente) síntomas, funcionalidad, percepción de salud, calidad de vida relacionada con la salud y satisfacción con el tratamiento.

Por su parte, los *Patient Reported Experience Measures* (PREMS) miden la percepción del paciente sobre el proceso asistencial recibido, sobre elementos como los tiempos de espera, la calidad de la información recibida, el confort y descanso, la comprensión sobre el tratamiento, etc.

Podríamos decir que los PROM están más relacionados con el objetivo del tratamiento o intervención, mientras que los PREM están relacionados con el proceso de ese tratamiento o intervención, según la experiencia del paciente.

1.5 Realizar un inventario de datos disponibles

Los registros sanitarios y las historias clínicas electrónicas recogen todos los movimientos y los consumos sanitarios de los ciudadanos. Aunque, como hemos indicado, son básicamente sensibles a la información de diagnósticos y procedimientos, y muy poco a la información de la fase de recuperación del estado de salud.

Aun así, el nivel de información disponible actualmente es amplio, y se debería empezar por su categorización:

- Historia clínica de Atención Primaria, hospitalaria o integrada.
- Cuestionarios de salud administrados o administrables sobre el paciente.
- Registros de datos en app de salud informados por el paciente.
- Información económica y de costes del Sistema de Información Hospitalario y/o de Atención Primaria.
- Información sobre consumos en atención farmacéutica extrahospitalaria y comunitaria.
- Registros de salud pública.
- Registros de carácter civil y laboral.

Pero estos datos deben poder ser conectados, a través de múltiples sistemas: número historia, DNI, número de teléfono móvil y/o correo electrónico (no descartemos que se conviertan en un estándar de identificación de personas).

2 Diseñar el proceso asistencial orientado a generar valor para el paciente

2.1 Diseñar la cadena de valor del proceso asistencial: más allá del itinerario del paciente

Una vez definidos los objetivos de resultados en salud relevantes para el paciente, en una condición clínica o enfermedad específica, se debería alinear el proceso asistencial hacia la consecución de dichos resultados.

El enfoque de gestión por procesos se ha ido generalizando en las organizaciones sanitarias. Los procesos están formados por un conjunto de actividades relacionadas y secuenciales mediante las cuales una serie de elementos que son entradas a dichos procesos - materiales, profesionales, tecnología sanitaria, información, etc. - se transforman en resultados eficaces y efectivos en términos del tratamiento y cuidados para el paciente. Normalizar procesos permite mejorar la calidad, reducir la variabilidad e incrementar la efectividad de los actos sanitarios. Normalmente, este enfoque ha consistido en abordar los procesos de atención básicos: urgencias, consultas, hospitalización, cirugía, etc.

Este enfoque por procesos recientemente se ha completado con la visión del itinerario del paciente, lo que permite dar una visión de la trayectoria del paciente durante el manejo de su enfermedad, desde el diagnóstico hasta su recuperación, pasando por las diferentes etapas de atención (consulta, urgencias, hospitalización, etc).

Sin embargo, el enfoque porteriano del valor se basa en la construcción de la cadena de valor del proceso asistencial (CVPA). La cadena de valor del proceso asistencial no es un guía de práctica clínica (entendida esta como contenidos de apoyo a las decisiones médicas) ni tampoco un itinerario de paciente (conjunto de actividades que se realizan en modo secuencial y en las que se establece qué se hace, quién lo hace, dónde se hace y con qué recursos se hace). La cadena de valor es una herramienta descriptiva y normativa de todos los actos que deben realizarse, quién los realiza y cómo contribuyen a alcanzar los resultados en salud relevantes para el paciente.

Así, el concepto de cadena de valor incorpora un cambio de modelo, pasando de un modelo en el que la prestación de servicios sanitarios está centrada en la cantidad de servicios prestados, a otro modelo centrado en el valor de los mismos, entendiendo valor como el resultado global en salud relativo a la calidad de la asistencia y al coste de todo el proceso.

Este cambio de modelo supone una transformación para los distintos agentes del sector:

Para los pacientes, pasar a un modelo de gestión basado en VBHC, significa un cuidado más seguro, apropiado y eficaz, con mejores resultados de salud y calidad de vida.

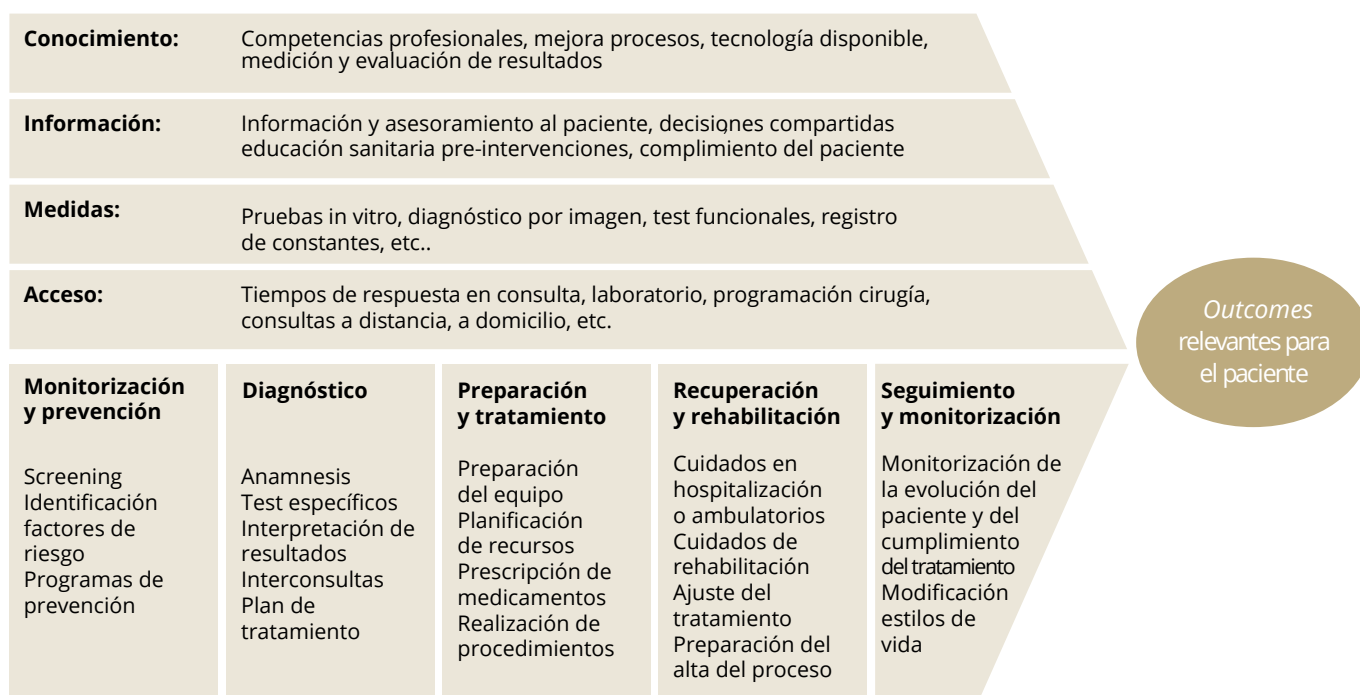
Para las organizaciones sanitarias, el nuevo modelo supondría emplear medicina basada en la evidencia y tratamientos y técnicas de eficacia probada que tengan en cuenta los deseos y preferencias de los pacientes.

Para el conjunto de la sociedad, el nuevo modelo tendría como resultado un sistema de salud más eficiente y, sobre todo, sostenible.

En definitiva, el diseño del proceso asistencial debe orientarse a generar valor y persigue mejorar los resultados clínicos relevantes para el paciente.

Y ello significa revisar de forma sistemática todas las actividades transversales que aportan un valor relevante en términos de conocimiento y recursos necesarios, información al paciente, registro y medidas de constantes, y modalidades de acceso. Así como el itinerario del paciente desde la prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación y seguimiento.

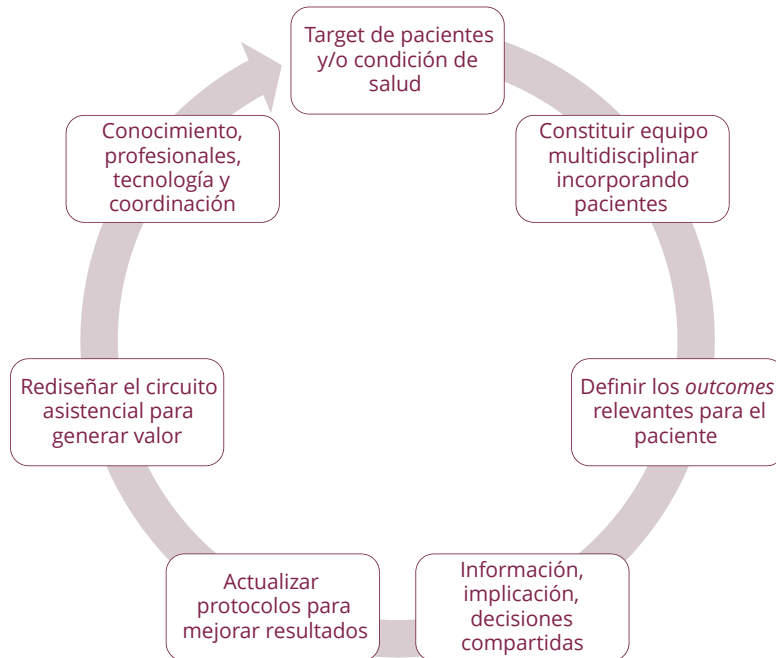
Figura 2: Modelo de diseño de la Cadena de Valor del Proceso Asistencial



2.2 Diseñar la cadena de valor paso a paso

Pero, ¿cómo se diseña la cadena de valor de un proceso asistencial? Fundamentalmente analizando el proceso actual (cómo lo hacemos), las fuentes externas (cómo deberíamos hacerlo) e incorporando la visión del paciente (qué se espera que hagamos). Y ello estructurado en un proceso en 7 pasos:

Figura 3: El diseño de la cadena de valor paso a paso



Antares Consulting ©

Paso 1 Seleccionar un grupo de pacientes target basados en una condición médica.

La condición médica puede consistir en un diagnóstico, pero también en parte de los pacientes con ese diagnóstico y un determinado nivel de severidad, o agrupar un conjunto de diagnósticos que, desde el punto de vista del paciente, están relacionados.

Definir con precisión los límites es importante: la mayoría de los pacientes no tiene un solo diagnóstico sino una combinación de diagnósticos y condiciones médicas que pueden hacer que la CVPA sea bastante diferente en función de determinadas combinaciones de problemas de salud, comorbilidades, niveles de severidad etc, como ilustra Porter en el caso de los pacientes afectados de Enfermedad Renal Crónica, en función de que tengan o no diabetes. La selección de una patología debe incluir claramente los criterios de inclusión y exclusión. La especificación de esas características ayudará a crear los códigos de identificación de pacientes necesarios para la monitorización de resultados.

Paso 2 Crear un equipo de trabajo multidisciplinar, incorporando pacientes.

La principal aportación del VBHC/cadena de valor respecto a los modelos tradicionales es la incorporación del paciente en el diseño del proceso asistencial y, concretamente, las necesidades del paciente y la aportación de valor desde su perspectiva.

Incluya también al conjunto de profesionales sanitarios involucrados en el proceso asistencial: otras especialidades médicas involucradas, enfermería, celadores, administrativos.

Paso 3 Definir el valor (los *outcomes*) esperado en términos de los pacientes.

A partir de los conjuntos de indicadores de resultados ya definidos en la literatura o por otras instituciones como ICHOM.

Pregunte y valide con los pacientes en el grupo de trabajo.

Paso 4 Acordar, con los pacientes del grupo, las necesidades del paciente.

Analice la experiencia del paciente.

Defina las necesidades de información, acompañamiento y escucha del paciente.

Determine el grado de compromiso, aplicación y decisiones compartidas.

Paso 5 Consensuar y actualizar las guías de práctica clínica y protocolos para mejorar resultados y costes.

Revise la literatura existente y el grado de adopción/variabilidad de las guías clínicas y protocolos existentes.

Y establezca mecanismos para asegurar que se incorpora la medicina basada en la evidencia y se elimina la variabilidad de prácticas clínicas entre profesionales involucrados.

Paso 6

Analizar el proceso asistencial actual y, para cada actividad, evaluar su grado de aportación al valor final: resultados relevantes para el paciente

Realice un análisis del proceso asistencial actual para determinar si las actividades que lo configuran son necesarias; es decir, si aporta valor para el paciente, para la sostenibilidad del sistema o para las funciones de soporte.

Para ello, puede utilizar las metodologías habituales de gestión y análisis de procesos:

Design Thinking: incorpora los deseos y necesidades de los pacientes, es decir, cómo crear valor desde la perspectiva del paciente

Lean Management: elimina actividades que no aportan valor y “desperdicios”

ABC Costing: permite conocer el coste por acto y por proceso, y analizar formas diferentes de prestar los servicios y los costes de cada una de ellas

Para aquellas actividades de valor, explicita cómo se debe realizar para que aporte todo el valor: qué, quién, dónde, cuándo, con qué recursos, a qué coste, etc.

Paso 7

Identificar los requisitos de profesionales, tecnología y coordinación

Identifique las competencias necesarias y el *skill-mix* de profesionales necesarios para ejecutar el proceso asistencial, así como el grado de interdisciplinariedad necesario.

Analice las necesidades de coordinación y los sistemas de comunicación entre profesionales, según el circuito asistencial definido.

Determine el nivel tecnológico necesario/requerido para ejecutar los procesos definidos y generar el valor asistencial deseado u objetivo.

3 Instrumentos para alinear los actores alrededor del objetivo de valor

En este apartado describimos algunos instrumentos fundamentales para alinear las organizaciones y los profesionales hacia la atención basada en el valor. En realidad, más que de una relación de instrumentos, deberíamos hablar de un conjunto de elementos que constituyen una cultura organizativa que diferencia a las organizaciones excelentes. Por tanto, no se trata de pensar en la implantación de instrumentos aislados de incentivos de los resultados de valor, sino de integrarlos en una cultura de la excelencia.

Los instrumentos para alinear a los diferentes actores en torno al valor pueden ser considerados en función de que vayan orientados a los profesionales o a las organizaciones sanitarias. Y estos instrumentos pueden generar incentivos de tipo económico o no económico:

Figura 4: Tipos de instrumentos de incentivación

	NO ECONÓMICOS	ECONÓMICOS
ORIENTADOS AL PROFESIONAL	Cultura del profesionalismo Estándares sociedades profesionales <i>Benchmarking</i>	Pago por desempeño y retribución variable
ORIENTADOS A LA ORGANIZACIÓN	Acuerdos de gestión <i>Benchmarking</i>	Financiación capitativa <i>Bundled payments</i>

3.1 El incentivo profesional: la orientación al valor

Sabemos que la clave del éxito en la implantación de cualquier iniciativa de gestión sanitaria está en la apropiación de los objetivos y formas de trabajo por parte de los profesionales. La atención sanitaria no se decide en los despachos de los equipos directivos sino en el encuentro entre profesionales y pacientes.

La cultura del profesionalismo

Las organizaciones y sociedades médicas tienen una importante tradición de orientación al profesionalismo. Difícilmente una organización sanitaria puede ser excelente en ningún campo sin ser una organización que entiende, valora y recompensa el profesionalismo.

La adhesión de las profesiones sanitarias a valores percibidos como núcleo de su misión (la vida, la salud, el bienestar) tiene mucho que ver con el valor¹. De una forma u otra, el valor para el paciente ha sido objetivo históricamente de todos los colectivos y grupos profesionales. El discurso del valor no es ajeno a la profesión médica, aunque la forma actual de formularlo pueda ser innovadora. De la misma manera que las metodologías de la Medicina Basada en la Evidencia se han integrado en la cultura y los estándares profesionales médicos, la Medicina Basada en el Valor debe integrarse en estos.

Y en gran medida, la formalización de los estándares que constituyen las formas de trabajo de los profesionales es desarrollada en nuestro medio por las organizaciones profesionales (especialmente las sociedades científicas de cada especialidad) a las que los clínicos presentan una adhesión profesional incluso superior a la adhesión a la organización para la que trabajan.

Ello implica que la organización ponga el valor para los pacientes entre sus valores fundamentales y que ello se operativice en un conjunto de prácticas de gestión, como (sin pretender ser exhaustivos):

- El liderazgo a nivel corporativo y de mandos intermedios tenga asumida, en la práctica, la cultura del valor.
- La información clínica de interés se difunda a través de la organización.
- Se evalúen los resultados.

¹ Peiro M (2012)

- Se comparen los resultados con los de las organizaciones de referencia.
- Los líderes clínicos asuman el profesionalismo como parte del ADN del trabajo en la institución.
- La selección de trabajadores esté claramente orientada al profesionalismo.
- La organización valore, reconozca y recompense el profesionalismo.
- El diseño de los procesos se oriente al valor.
- El valor y el profesionalismo formen parte de la evaluación del trabajo de los servicios, unidades y profesionales.

Una primera recomendación, por tanto, es consolidar una cultura del profesionalismo en la organización en que la satisfacción por el trabajo profesional bien hecho sea valorada y reconocida.

Más que de recomendaciones operativas se trata hasta aquí de un conjunto de buenas prácticas que garanticen que el profesionalismo y el buen hacer son reconocidos y premiados (no sólo económicamente) en la organización.

Sin embargo, sí que existen instrumentos específicos que consolidan esta cultura.

El *benchmark* de resultados

Como instrumento específico, las prácticas de *benchmark* constituyen sin duda uno de los instrumentos de mayor interés. En los años 80, las iniciativas sistematizadas de *benchmark* consiguieron una atención especial alrededor de iniciativas de publicación de los resultados por hospital e incluso por profesional y se consolidaron alrededor del cambio de milenio.

Aunque su motor principal era facilitar a los pacientes la elección de hospital, estas iniciativas han mostrado ser mucho más potentes como motor de la mejora de la calidad por los profesionales que como instrumento de elección para los pacientes².

Actualmente existen abundantes iniciativas que reportan públicamente conjuntos de indicadores de calidad y resultados: tanto iniciativas generales, habitualmente promovidas desde la administración pública, como por entidades privadas. En España cabe destacar los Observatorios de Salud de Madrid y la Central de Resultados de Cataluña, así como el Estudio RESA en el sector privado.

² Kumpuning S (2014)

Otro tipo de iniciativas de *benchmark* ha surgido en ámbitos más especializados (oncología, cardiología,) con carácter voluntario. No debemos olvidar que algunas de las iniciativas más tradicionales de más éxito como Bacteriemia Zero o el estudio EPINE son iniciativas de sociedades profesionales.

El *benchmark*, y especialmente cuando los resultados son hechos públicos, constituye seguramente uno de los instrumentos más poderosos de mejora de la calidad (“lo que se mide, se mejora”). No obstante, conviene considerar algunas recomendaciones para la práctica del mismo:

1 Integrar el *benchmark* en la cultura organizativa

El *benchmark* debe ser no una iniciativa aislada sino una cultura de la organización. La organización que se considera excelente se mide y compara con las mejores. Y esto no se hace de forma aislada por determinados equipos profesionales sino como parte de la cultura organizativa del centro.

2 El *benchmark* forma parte de las políticas de calidad

Las iniciativas de *benchmark* son más eficaces en la medida en que están integradas en políticas de mejora de determinados aspectos o elementos del centro en forma de programas específicos.

3 La publicación de resultados es un poderosísimo instrumento de incentivación

El *benchmark* es un instrumento de incentivación mucho más poderoso si sus resultados se hacen públicos de forma sistemática, tanto internamente en la organización como de cara al exterior.

4 La medicina basada en el valor requiere medidas de resultados en los pacientes

Sin despreciar el papel de las iniciativas de *benchmark* de proceso (grado de adhesión o cumplimiento de las vías clínicas), el cambio propuesto por la Atención Basada en el Valor está precisamente en:

- a) Primar las medidas de resultado sobre las de proceso. En la actualidad, al menos para los procesos de hospitalización, existe un abanico de indicadores de proceso para una amplia gama de condiciones de salud.
- b) Primar las medidas del conjunto del proceso sobre las de los episodios de atención. En este aspecto, el estado del arte requiere aún un importante trabajo de desarrollo, aunque ya empieza a existir un cuerpo de doctrina interesante sobre este campo.

3.2 El incentivo económico a los profesionales: ¿podemos diseñar sistemas variables?

Si hablamos de alinear las organizaciones y profesionales alrededor del objetivo de valor, casi espontáneamente surge la opción del incentivo financiero ligado al valor. Pero ligar el alineamiento de organizaciones, centros y profesionales únicamente alrededor del incentivo económico es seguramente una visión simplista. Es conocido que los incentivos económicos son una poderosa herramienta para generar cambios en la orientación de las organizaciones y los profesionales. Alinear la retribución con el valor premia a los profesionales y las organizaciones por la eficiencia en alcanzar buenos *outcomes* mientras se crea la responsabilidad por la atención de calidad.

Pero son herramientas limitadas y con riesgos: también es sobradamente conocido cómo los incentivos económicos pueden tener sus efectos adversos (la selección adversa de pacientes, por ejemplo) y pueden ser un poderoso incentivo al "*gaming*" o manipulación de la información en que se basan.

Se impone un ejercicio de realismo que permita combinar los instrumentos existentes con el alineamiento general de la organización. La literatura³ recoge algunas condiciones en que debe insertarse la incentivación de los profesionales hacia los resultados:

- Los objetivos deben ser coherentes y estar alineados con los objetivos estratégicos de la organización.
- Los objetivos se han de marcar de acuerdo con las diferencias entre las diferentes organizaciones/unidades y su punto de partida de base.
- Los objetivos y el nivel de logro han de ser comunicados de forma ágil y rápida.

En el fondo se trata de que, para que un instrumento de incentivación funcione, el conjunto de la cultura de la organización esté orientado al valor.

Dando por hecho la existencia de una cultura de la excelencia en la organización, hemos de pensar en sistemas de retribución variable que contribuyan a conseguir y consolidar los resultados.

³ Vainieri M (2016)

Del igualitarismo al reconocimiento del desempeño

La organización debe ser capaz de atreverse a romper la rutina del igualitarismo en la retribución de los profesionales y centros:

Proceso progresivo. Toda la literatura coincide en que la orientación al valor no es un objetivo a conseguir mañana en su integridad, sino una hoja de ruta a medio plazo. Tanto más si hablamos no ya en general de la orientación al valor sino al pago en función de los resultados de valor. Seguramente, hay aún mucho terreno de ensayo-error por recorrer en este campo.

Poner poco dinero en juego mientras se desarrolla el sistema. En un documento de la Fundación Signo⁴ se refiere como cifra límite actualmente un 5% del total de la financiación del sistema en las fases iniciales. En nuestra experiencia, en un contexto de nula diferenciación retributiva, la inclusión de incentivos casi simbólicos puede jugar un poderoso papel motor de incentivación. Pensamos que en este contexto predomina probablemente más el efecto "*ranking*" que la cantidad a percibir.

Incrementar el variable progresivamente sobre partidas nuevas (incrementos, recuperación de recortes...). El contexto actual del sistema sanitario público, tras la importante contención de costes, ofrece oportunidades importantes para incrementar la retribución de los profesionales sanitarios incluyendo la variabilización en función de desempeño (valor).

Los objetivos deben estar basados en medidas de calidad (indicadores de *outcomes*) sólidas y reconocidas

Los sistemas de información actuales son capaces de capturar volúmenes grandes de información sobre la práctica profesional y el estado de los pacientes. En cambio, la construcción de indicadores tiende a realizarse en base más a la información fácilmente disponible y tratable que a la más relevante para el paciente. Un claro ejemplo de ello es el predominio de la disponibilidad de los indicadores sobre hospitalización (derivados de la disponibilidad del CMBD) sobre los de consulta externa, que en realidad afecta a muchísimos más pacientes.

⁴ Fundación Signo (2018)

O también, por ejemplo, la medición de la demora quirúrgica desde el momento en que se indica la intervención sin tener en cuenta el tiempo de demora, muchas veces mucho mayor, de la consulta del especialista. Cuando hablábamos antes de una estructura de soporte para la elaboración de los indicadores nos referíamos precisamente a contrarrestar la tendencia a usar sólo la información disponible y no a preparar la disponibilidad de los indicadores más relevantes para el paciente.

Estos indicadores deberían seguir los criterios de valor de M. Porter (definidos desde la perspectiva del paciente) y, por lo tanto, deberían recoger los criterios siguientes:

- Frecuentes en la práctica profesional.
- Con relevancia clínica y/o para el paciente.
- En que el beneficio para el paciente sea medido, además de en resultados clínicos tradicionales, contemplando lo que el paciente percibe como valor. La valoración de las intervenciones quirúrgicas de próstata con indicadores clínicos como la mortalidad o las complicaciones es indiscutible, pero los elementos como los efectos adversos de incontinencia o la impotencia son los resultados que el paciente puede valorar más.
- Evitar la tendencia a seleccionar los indicadores en función de los intereses personales de los directivos de la organización. La inclusión o no de indicadores depende muchas veces de las modas o los intereses personales en un determinado tema de los directivos de la organización. Los conjuntos de indicadores deberían ser revisados con el criterio de ¿qué es lo que le interesa al paciente de todo esto?
- Difícilmente manipulables y auditables. Si los resultados van ligados a un beneficio económico, existe un poderoso incentivo para su manipulación. El efecto “*clic*” es muy conocido (indicadores que dependen de marcar en el sistema que se ha realizado una determinada actividad). La auditoría de datos cuando depende de ella un incentivo económico, es inevitable. En estos sistemas debería incluirse un esquema razonable de auditoría de datos.

El proceso de definición de metas y valoración de resultados debe ser conocido, transparente y controlado (negociación de objetivos y evaluación) por los diferentes actores.

- Las metas deben ser adaptadas a la situación de partida y las características de la unidad. No es lo mismo incrementar el desempeño en un 10% para el que está en una línea de base de bajo desempeño, que para aquel que ya ha apurado al máximo su capacidad de gestión.
- Las metas deberían incluir, al menos, la porción más significativa de la casuística de pacientes.
- Las metas deben ser negociadas. Y pensamos que deben ser negociadas públicamente (con transparencia).

“El desarrollo de modelos de participación profesional para la definición de metas y resultados esperados, contribuiría a garantizar la implicación de los/las profesionales y facilitaría la vinculación de sus retribuciones a dichos objetivos.”⁵

En el fondo, el proceso de negociación pondrá de manifiesto los límites e incertidumbres del sistema y obligará a tener en cuenta las peculiaridades y ajustes necesarios. Que el proceso de negociación sea público (transparente a las demás unidades de la organización) tenderá a evitar que la presión de una unidad resulte en metas más laxas.

- El diseño de la evaluación debe ser extremadamente cuidadoso para evitar y corregir la inequidad (injusticia) entre profesionales y los incentivos perversos.
- Se debe proteger a los participantes contra la arbitrariedad en la fijación de las metas. En los casos en que nadie alcanza las metas fijadas, el resultado no puede ser 0 para todos. Los sistemas deben tener prevista la evaluación del desempeño considerando no solo el cumplimiento o no de la meta, sino también la posición respecto a la mediana de resultados y el benchmark de los demás participantes. En el mismo sistema de la AVS, antes comentado, el reescalado de los porcentajes de cumplimiento en función del mejor resultado protege a los participantes del efecto de que las metas hayan sido fijadas de forma excesivamente exigente o laxa.

⁴ Fundación Signo (2018)

La combinación de incentivos individuales vs grupales debe tener un balance cuidadoso

Este es un tema debatido pero importante. En general se recomienda:

- 1 Que los incentivos sean individuales o grupales depende en gran medida de cómo pueden lograrse los resultados. Si estos dependen casi exclusivamente del esfuerzo individual o más bien del colectivo. Así, por ejemplo, en nuestra atención primaria gran parte de los resultados dependen de la labor del profesional médico y la enfermera, mientras que, en los hospitales, con una organización más compleja, buena parte de los resultados dependen de la labor de equipo. Pero esto no es así para todo tipo de cuidados. Por ejemplo, la atención a los pacientes crónicos con los nuevos modelos de gestión de la cronicidad implica una importante tarea compartida tanto por los hospitales como por la atención primaria.
- 2 En el caso de la Atención Basada en el Valor, es evidente que priman los esfuerzos compartidos. Pero en función del tipo de patología, esta labor de equipo se limita a unas pocas unidades (procesos de cirugía electiva, por ejemplo) o tiene un amplio campo, como en el caso de la atención a los pacientes crónicos.
- 3 Por último, conviene no olvidar que una de las limitaciones de los incentivos grupales es cuando en el desempeño intervienen un número muy amplio de profesionales. En estos casos, se genera la percepción de que difícilmente el esfuerzo individual va a contribuir al logro global.

3.3 El incentivo para las organizaciones: el pago por resultados en las organizaciones sanitarias

La incorporación de incentivos basados en el valor a las organizaciones sanitarias

En este campo, la situación de partida y el contexto de las políticas existentes determina, en gran medida, los posibles pasos a adoptar, por lo que sólo abordaremos aquí algunas recomendaciones generales. Hay que tener en cuenta que, en España, el punto de partida en el sector público es uno de los más atrasados de Europa (financiación en base a presupuesto) en la mayor parte del país. Y al mismo tiempo, en el sector privado (aseguradoras) la financiación mediante tarifas por acto médico es casi universal.

Pero sí que podríamos incluir algunos elementos de recomendaciones generales:

- 1 Introdurcir los instrumentos de incentivación de forma sistemática evitando que los incentivos económicos se introduzcan de forma aislada. Por ejemplo, la introducción de *bundled payments* o incentivos económicos al *outcome* funciona mejor cuando se implanta junto a una política global de gestión de pacientes crónicos o una estrategia de mejora de la red de atención al cáncer.
- 2 Introdurcir de forma sistemática el *benchmark* de resultados basados en el valor en las organizaciones sanitarias. Ya existen algunos loables ejercicios de transparencia en los resultados tanto en el sector público (Observatorios del sistema sanitario catalán o de la comunidad de Madrid), como en el privado (Estudio RESA del Instituto para el Desarrollo y la Integración Sanitaria). Y también muchas organizaciones profesionales han implantado sistemas de *benchmark* de resultados. La introducción en estos sistemas de indicadores basados en el valor constituye un importante incentivo para la mejora de las organizaciones profesionales. El “efecto ranking”, incluso sin incentivos económicos, es un poderoso instrumento en el mundo profesional.

3

Revisar los instrumentos de contratación existentes para reorientarlos de forma progresiva pero sistemática hacia la atención basada en el valor. Esto implica:

- Revisar exhaustivamente el contenido de los acuerdos de gestión con los que el sector público fija los objetivos a alcanzar por sus hospitales y áreas de salud.
- Introducir criterios y medidas basados en el valor en la compra pública de atención sanitaria (concertación de servicios para las listas de espera y otros concertos y convenios de asistencia sanitaria).
- Iniciar en el sector privado (aseguradoras) la introducción de mecanismos de financiación orientados al conjunto del proceso (tipo *bundled payments*) basados en el valor.

4

En ausencia de buenos sistemas de medida del *outcome*, hay que recordar que los incentivos a la integración del continuum de la organización sanitaria tienden a producir mejores resultados de valor. Introducir en estos sistemas incentivos a la integración sanitaria no es condición suficiente para mejorar el valor, pero sí necesaria.

Integrar la incentivación en los instrumentos de gestión usuales de la organización

Los instrumentos de gestión básicos para la fijación de resultados son:

1 La contratación de servicios y prestaciones

Este es el elemento clave de gestión en el sector privado (aseguradoras) y en parte del sector público (servicios concertados). Actualmente, predomina la contratación de un proceso (más o menos ajustado por casuística) independientemente de sus resultados. Adaptar estos sistemas de contratación al valor implica ajustar los sistemas en función de los resultados. Un ejemplo operativo es la decisión de Medicare de penalizar, no financiando, la atención derivada de la mala práctica o eventos adversos (determinados tipos de reingreso, por ejemplo).

2 Los contratos o acuerdos de gestión

En el sistema público de gestión directa, al no existir contratación, el instrumento de gestión predominante es este tipo de acuerdos o contratos denominados contratos-programa, contratos de gestión, acuerdos de gestión, etc.

“Para vincular la financiación con los resultados en salud, es recomendable desarrollar modelos contractuales y sistemas que incentiven la coordinación e integración asistencial. En este sentido, el contrato Programa puede ser un buen soporte instrumental en el que se articule la financiación variable por resultados en salud.”⁶

En la mayoría de las comunidades autónomas se suelen incluir, de forma muy variable, resultados básicos de buena gestión (como la estancia media) junto con medidas relevantes de valor bastante clásicas (como pueden ser los compromisos de demoras quirúrgicas o de consulta externa o los resultados de satisfacción de los pacientes). La introducción en los mismos de otros indicadores de valor de resultados clínicos es mucho más variable, heterogénea y, en general, se registra una falta de sistematización.

Los contratos o acuerdos de gestión constituyen el instrumento de alineamiento fundamental para gran parte de los hospitales de este país. Por tanto, deberían ser objeto de revisión en profundidad para valorar la coherencia como instrumentos de alineamientos hacia el valor.

En la Comunidad Valenciana se realizó un interesante ejercicio que incluía ligar una serie de instrumentos de los más relevantes: en primer lugar, el plan estratégico con los Acuerdos de Gestión; en segundo lugar, estos instrumentos con el complemento de retribución variable de los profesionales; y finalmente, los resultados de este, con la carrera profesional. En sí, se trata de hacer que la incentivación de los profesionales no sea un elemento aislado, sino que esté integrado en el conjunto de los instrumentos de gestión.

⁶ Fundación Signo (2018)

En este sentido recomendamos:

Una estructura multinivel de estos acuerdos. A nivel global de un hospital, se requeriría un enorme conjunto de indicadores para medir el valor producido por un amplio conjunto de pacientes, especialidades y modalidades de atención. Sin embargo, estas especificidades pueden contemplarse a un nivel inferior cuando se definen los objetivos para los servicios médicos o áreas de trabajo del hospital.

Una implicación importante de los directivos para declinar estos acuerdos hasta los niveles últimos (el profesional) de toda la institución. La fijación de objetivos y su evaluación es seguramente la práctica de gestión más relevante para alinear la organización. El ejercicio de fijar objetivos y metas, monitorizarlos y evaluarlos, constituye una importante carga que no puede ser minimizada en una organización.

Una estructura de soporte importante para la elaboración de los indicadores, su operativización y la disponibilidad de la información con el nivel de desagregación requerido (hasta el profesional). M. Porter plantea la realización de una inversión a largo plazo en una plataforma de TIC que soporta la atención de alto valor centrada en el paciente. Esperar de los proveedores que tengan un único repositorio de la información del paciente y ofrezcan pleno acceso a la historia clínica electrónica, instrumentos para una fácil citación y renovación de prescripciones y la posibilidad de comunicarse con los clínicos.

La evolución de los sistemas de pago a las organizaciones sanitarias

La revisión de los incentivos en el sistema norteamericano es que estos han evolucionado desde el tradicional P4P (pago por desempeño o *pay for performance*) a los profesionales y organizaciones, con un impacto relativamente marginal, a un conjunto mucho más potente de incentivos que alteran los sistemas de pago. Estos incluyen:

- Cambios en los modelos de pago donde podemos integrar iniciativas como la de Medicare de no financiar aquellos episodios de atención ligados a prácticas substandard como los reingresos o la atención a las complicaciones relacionadas con la atención sanitaria.
- Bonos.
- *Shared risk* donde el proveedor es penalizado si no alcanza determinados objetivos de resultados y/o reducción de costo por paciente.

- *Bundled payments* (pagos agregados o empaquetados) donde el proveedor se financia por la atención global a un determinado proceso o condición médica de forma global o, para el caso de las condiciones crónicas, de todo un año de atención.
- No deberíamos excluir de esta lista de iniciativas las de penalización económica a las organizaciones por el incumplimiento de los estándares u objetivos institucionales. Esta medida ha sido extensivamente utilizada en el National Health Service, con importante polémica, pero también con unos resultados nada despreciables.⁷

A nivel del conjunto de las organizaciones, se podría hablar de dos grandes modelos de incentivo mediante el sistema de financiación, de un alcance muy diferente:

1

El paso a la **financiación capítativa**. Si el paso de la financiación por presupuesto a la financiación por actividad, y más adelante a la financiación por casuística (GRD) supuso un notable incentivo a la mejora de la productividad y la eficiencia en los procesos hospitalarios, la financiación capítativa constituye un poderoso incentivo a la integración asistencial y la eficiencia global de la atención sanitaria para un grupo de población. Por tanto, conceptualmente, es un claro aliado de la Atención Sanitaria Basada en el Valor. La literatura sobre la VBHC está repleta de referencias a la integración asistencial. En el modelo de financiación capítativo, el incentivo para la integración asistencial es evidente, así como para la introducción de prácticas preventivas y la recolocación de servicios en el punto más eficiente a lo largo del continuo asistencial.

En España, en un contexto rico en experiencias de pago capítativo a hospitales (básicamente en hospitales de concesión administrativa), todavía se han realizado pocas evaluaciones respecto al impacto de este modelo sobre los resultados de valor medibles.

⁷ Damberg CL (2014)

2

Con un ámbito más limitado, pero también más focalizado, los *bundle payments* integran en un único pago la atención a determinadas patologías crónicas, favoreciendo la integración y el logro de *outcomes* predefinidos. La transición de pagos por bloque o presupuesto a pagos “basados en el episodio” para uno o más proveedores representa un movimiento hacia un enfoque más coordinado, incentivando una misma vía clínica de atención y haciendo uso de los servicios más costosos, como los hospitales. Los defensores de tales sistemas de pago dicen que son especialmente eficientes para el tratamiento de las condiciones crónicas.

Holanda introdujo este sistema en 2010 para la atención de la diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y para la gestión del riesgo vascular. Las aseguradoras alemanas han tenido la oportunidad de negociar contratos integrados con múltiples proveedores sanitarios desde 2010. También han tenido importantes desarrollos en el aseguramiento en Estados Unidos y Canadá⁸.

En el Reino Unido, además de las iniciativas antes comentadas de Pago por Desempeño a los médicos de atención primaria (Quality of Outcomes Framework-QOF), y a especialistas (Best Practice Tariffs-BPT), la iniciativa implantada en 2009 de Commissioning for Quality and Innovation -CQUIN permite a los compradores de servicios sanitarios ligar parte del pago al logro de objetivos de calidad y mejora. En paralelo, la iniciativa NHS Right Care proporciona una metodología de análisis de la variabilidad que permite identificar las áreas de mejora⁹.

El prerrequisito para este tipo de sistemas de pago es que el proveedor controle todo el equipo. Para que una organización se apropie y tome responsabilidad para recibir un *bundled payment*, la organización debe tener control sobre todo el equipo asistencial y el proceso.

⁸ The Economist VBHC in Europe (2016)

⁹ The Economist. VBHC in UK (2016)

4 Incorporar la noción del valor en la compra: *Value Based Procurement*

Además de rediseñar los procesos asistenciales para orientarlos a la generación de valor (*outcomes* relevantes para el paciente al mejor coste posible), deberíamos también incorporar la medición del valor en los procesos de compra por parte de los sistemas sanitarios y sus organizaciones. Estos procesos de compra afectan fundamentalmente a tres situaciones:

| La adquisición y consumo de productos farmacéuticos y sanitarios.

| La adquisición y renovación de equipamiento de tecnología sanitaria.

| La concertación de servicios asistenciales externos, como terapias domiciliarias, transporte sanitario, atención hospitalaria concertada, etc.

4.1 Las posibilidades de la nueva Ley de Compra Pública y las Directivas europeas

Desde el 18 de abril de 2016 ha cambiado el entorno que rige los procedimientos de compra pública en la UE y que suponen 1,9 trillones de euros de gasto cada año. Esto se debe a la fecha límite de la transposición de las tres directivas de compra pública y concesiones que se adoptaron dos años antes y en especial, para el caso que nos ocupa, la Directiva 2014/23/UE relativa a la adjudicación de contratos de concesión y la Directiva 2014/24/EU sobre contratación pública.

Uno de los objetivos fundamentales de estas normas es hacer los procedimientos de compra y contratación pública más accesibles a las PYMES y, al mismo tiempo, garantizar un mejor *value-for money*, respetando los principios de transparencia y competencia que rigen las políticas del espacio europeo.

Para lograr este último objetivo se establece, por primera vez, la obligación de los órganos de contratación de velar por que el diseño de los criterios de adjudicación permita obtener obras, suministros y servicios de gran calidad, concretamente mediante la inclusión de aspectos cualitativos, medioambientales, sociales e innovadores vinculados al objeto del contrato. Aquí es donde la legislación crea por primera vez el marco para introducir lo que se ha llamado Compra Basada en Valor o *Value Based Procurement* (VBP) en el sector público. Es decir, aquellos procedimientos de compra en los que los criterios de adjudicación tienen en cuenta la relación entre los resultados obtenidos y los costes incurridos para llegar a dichos resultados.

En nuestro país, las Directivas del Parlamento Europeo y del Consejo 2014/23/UE y 2014/24/UE, de 26 de febrero de 2014 se han traspuesto al ordenamiento jurídico español mediante la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público.

En este sentido, las nuevas normativas de compra pública dan apoyo a una visión más holística de los procesos de compra y la innovación y fomentan de forma específica el uso de determinados parámetros de evaluación como los costes del ciclo de vida de los productos, el impacto ambiental y social y el grado de innovación con el objetivo de conseguir mejores ratios de relación calidad/precio.

Sin embargo, aunque la legislación ya ha definido el marco para poder introducir los conceptos de VBP en la práctica habitual de compra en el sector público, el éxito de esta incorporación dependerá en gran medida de la preparación y efectividad de los compradores públicos en poder capitalizar los beneficios de la era digital y lograr que los procesos de compra sean más eficientes y amigables para beneficio de todos.

4.2 La compra por valor frente a compra por precio

A pesar de las expectativas generadas por la compra por valor, este concepto no puede generalizarse a todo el gasto en tecnología sanitaria, sean medicamentos o *medical devices*. Con toda seguridad, en determinados productos, la mayoría, si se cuentan en términos de unidades (no en gasto total), seguirán rigiéndose por nociones de precio.

Dicho de otra forma, la decisión de llevar a cabo una compra por valor, debe tenerse en cuenta cuando el valor sea importante como criterio adicional al precio. A continuación, mencionamos algunas de las condiciones que deberían darse para iniciar un procedimiento de compra de este tipo:

- Cuando el impacto presupuestario de la compra o necesidad que cubre la misma sea elevado y existan varias alternativas para el servicio o producto que necesitamos.
- Cuando se trate de productos o servicios innovadores y disruptivos.
- Cuando sea necesario, por parte del comprador, justificar el valor o la conveniencia de la compra o contratación del servicio porque haya opiniones o intereses contrapuestos.
- Cuando existan factores externos o indirectos, relativos al propio producto o servicio y relacionados con este, que puedan ser relevantes y que deberían tenerse en cuenta en su valoración (aspectos de impacto medioambiental, social, socioeconómico, de ciclo de vida del producto... etc.)
- Cuando no exista evidencia en la práctica clínica real (RWE/ RWD) y se puedan establecer mecanismos de financiación alternativos como, por ejemplo, el “pago por resultados”.

4.3 La incorporación del concepto de valor en el proceso de compra

Muchas de las decisiones más relevantes hoy en día en el ámbito de la salud están relacionadas con los procesos de compra. En un entorno donde los recursos son limitados y de forma constante se pone en duda la sostenibilidad del sistema, ya no a largo sino incluso a medio plazo, es evidente que la decisión sobre dónde y cómo destinar los recursos financieros es clave.

Por otra parte, la innovación abre caminos y posibilidades terapéuticas y asistenciales a los pacientes y profesionales que eran impensables hace unas décadas; pero, a menudo, esta innovación tiene un coste elevado, al menos a corto plazo.

Todo esto nos lleva a la conclusión de que debemos ser capaces de incorporar al sistema las innovaciones tecnológicas que mejoren el servicio que reciben los pacientes y su calidad de vida; pero, al mismo tiempo, es necesario que seamos capaces de medir cómo de relevantes son estas mejoras para el paciente y para el propio sistema desde un punto de vista multifactorial e integral. Ser capaces de medir el “valor” en sentido amplio de los productos o servicios que vamos a comprar nos permitirá tomar decisiones adecuadas y elegir las opciones más convenientes en términos de beneficio/coste.

Hasta ahora, los sistemas de compra no han incluido de forma sistemática parámetros realistas que permitan, de forma objetiva, premiar los aspectos realmente relevantes en términos de incremento de la calidad o del valor o de reducción de costes. Los nuevos sistemas de compra basada en valor deben ser muy eficientes en desarrollar e incluir métricas universalmente compartidas y orientadas al paciente. Dichas métricas deben constituir estándares para evaluar la idoneidad de un producto o servicio a la hora de cubrir una necesidad determinada y, a su vez, poder medir la efectividad de los propios procedimientos de compra que se vayan estableciendo. Todo este proceso se facilitará enormemente si se dispone de herramientas y procedimientos para la recolección y agregación de datos relevantes de forma centralizada.

Los procedimientos de compra son una de las herramientas clave con las que cuentan los sistemas sanitarios para realizar su transformación hacia una medicina-basada-en-valor o VBH.

Algunos de los aspectos clave para esta transformación son:

- 1 Visión a largo plazo.
- 2 Definición de valor amplia (incluir nuevos criterios como, por ejemplo, la experiencia del paciente).
- 3 Mayor colaboración entre el sector público y el privado.
- 4 Inclusión de clínicos y otros líderes de opinión o agentes de interés (incluyendo el propio paciente) en el proceso de compra que permita definir el valor de forma adecuada. Mesas de contratación mixtas.
- 5 Fomentar el conocimiento y profundizar en el entendimiento de los conceptos de valor y las implicaciones a nivel asistencial de las decisiones entre los diferentes organismos y profesionales responsables de la compra. Alinear los criterios de evaluación.
- 6 Ser capaces de recoger y reportar datos relevantes.

4.4 Cambios para el comprador

La compra basada en valor permite mejorar la gestión y la eficiencia de los procesos, así como la calidad de la asistencia sanitaria. En efecto, representa para el comprador una oportunidad para rediseñar el proceso de atención centrado en el paciente, reducir costes y mejorar la eficiencia, evitando prácticas innecesarias o que no estén suficientemente sustentadas por la evidencia científica.

En la compra basada en valor, la evaluación de los productos o servicios a incorporar no está basada exclusivamente en el volumen ni en el precio de los mismos. Este nuevo modelo de compra supone para los prestadores sanitarios poder decidir de antemano qué resultados quieren obtener y elegir la mejor alternativa para alcanzar sus objetivos.

El comprador, de forma previa a la preparación detallada de la oferta de licitación, deberá definir, tal y como se explica en el capítulo 2:

- | A qué resultados quiere llegar
- | Cómo se va a evaluar el valor aportado

Esto, además de ayudar al comprador a definir los criterios de valoración, le permitirá trabajar en todo el proceso de atención del paciente e identificar qué puntos del mismo se pueden mejorar, tanto en costes como resultados, y qué aspectos se podrían eliminar.

La siguiente figura muestra ejemplos de criterios de adjudicación basados en valor:

Figura 5: Ejemplos de criterios para la selección del proveedor en la compra basada en valor



Fuente: Adaptado de MedTech Europe (2016)

A continuación, el comprador llevará a cabo los pasos del procedimiento ordinario de compra:

- Definición de la modalidad de licitación
- Preparación de los pliegos y del anuncio de licitación
- Evaluación de las ofertas recibidas
- Redacción y firma del contrato de adjudicación

Experiencias en España de compra por valor ---

En España, el Ministerio de Sanidad anunció en febrero de 2018 que había iniciado un modelo de pago por resultados para abordar la innovación. Para ello, diseñó, en colaboración con las Comunidades Autónomas, un modelo para medir los resultados de los fármacos en vida real. El modelo incluye:

El establecimiento de un protocolo farmacoclínico que permitirá disponer de unos criterios de tratamiento homogéneos para todo el SNS, estableciendo los pacientes candidatos al tratamiento y el seguimiento del mismo.

Un registro de monitorización de la efectividad terapéutica centralizado en el Ministerio de Sanidad que permitirá recoger las variables de seguimiento del tratamiento.

La primera prueba de este modelo se está realizando con un medicamento para Atrofia Muscular Espinal llamado Spinraza® (Biogen) (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2018).

En noviembre de 2018, el Servicio Gallego de Salud anunció el primer acuerdo de su historia para basar el pago de dos fármacos de inmunoterapia en función sus resultados. Los fármacos acordados para someterse a este 'riesgo compartido' entre administración y farmacéuticas son el Nivolumab® (Bristol-Myers Squibb) y el Pembrolizumab® (MSD) (Sergas, 2018).

La siguiente tabla muestra ejemplos de licitaciones en España de equipamiento médico y *medical device* en las que se han incluido criterios cualitativos de adjudicación.

Tecnología		Criterios
Equipamiento médico ¹¹	Incremento de las características técnicas	<i>Prestaciones superiores al mínimo solicitado</i> <i>Diseño y ergonomía</i> <i>Funcionalidad. Utilización en su uso cotidiano</i>
	Condiciones de garantía y servicio postventa	<i>Prestaciones, materiales, formación de usuarios en procedimientos de actuación y tiempos de respuesta ante incidencias</i>
Medical device - Tira reactiva ¹²	Manejabilidad	<i>Facilidad y comodidad del coagulómetro mediante su calibración, uso, transporte, transferencia de información y autonomía.</i>
		<i>Manejabilidad de la tira, facilidad de recogida de la muestra y rapidez de activación de la tira y del tiempo de lectura.</i>

4.5 Cambios para el vendedor o el proveedor

En la compra por valor se incorpora una nueva manera de comprar, en la que las empresas encuentran un entorno favorable donde trabajar sus productos y servicios más innovadores.

El proceso de compra basado en valor, desde punto de vista del vendedor, puede presentar muchos aspectos positivos, entre ellos:

- Permite conocer realmente las necesidades específicas del comprador y realizar una oferta personalizada.
- Permite enfocar sus esfuerzos y actividades de investigación, desarrollo e innovación hacia aspectos que realmente tengan aplicación y sean relevantes para el comprador.

¹¹Expediente: 177/2018 Equipamiento médico (Broncoscopio, Ecobroncoscopio, Ecógrafo, Procesador de reparaciones cromosómicas, Microscopio especular); Presupuesto: 322.128 €; Clínica la MalvaRosa; Departamento de Salud de Valencia.

¹²Expediente: PA/15/2018. Tira reactiva para la determinación del tiempo de protombina en sangre, en pacientes con tratamiento anticoagulante oral. Presupuesto: 966.906,€. Gobierno de Aragón

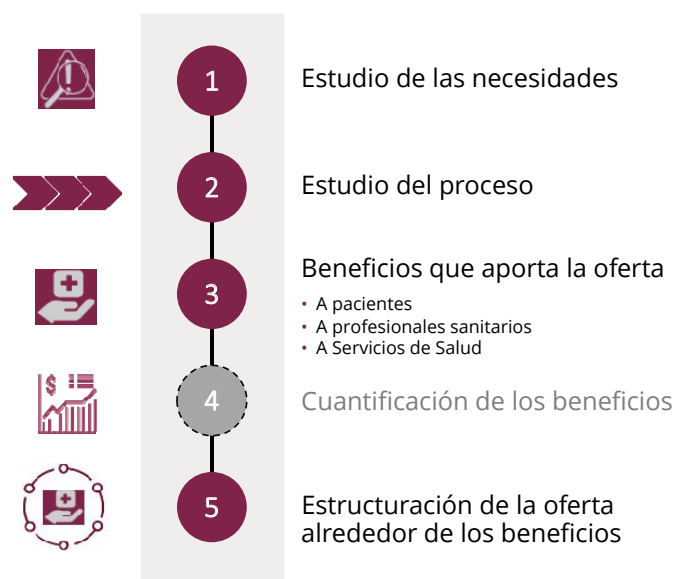
- Fomenta la innovación y la mejora continua dentro de la organización.
- Fomenta la profesionalización y el conocimiento interno en el ámbito de la salud (conocimiento experto).
- Elimina a competidores con estrategias competitivas no basadas en valor sino exclusivamente en aspectos como precio.

Para contestar a los aspectos relacionados con el valor de una oferta de licitación, se recomienda:





- Estudiar las necesidades del comprador y de la Comunidad Autónoma en la que está localizado, basándose en la información previa que pueda recoger como planes de investigación, planes integrales, planes estratégicos, etc.
- Reflexionar acerca de los beneficios que puede aportar su oferta tanto a los pacientes como a los profesionales sanitarios, los Servicios Regionales de Salud u otros actores relevantes que puedan estar implicados.
- Justificar dichos beneficios de forma cuantitativa cuando sea posible. La oferta deberá destacar dichos beneficios.
- Buscar colaboradores que puedan ayudar a completar su oferta, bien completándola, bien ayudándole a definir detalladamente su propuesta de valor.

La siguiente figura muestra los pasos recomendados a seguir por el vendedor en el proceso de compra basada en valor.

Figura 6. Pasos recomendados a seguir por el vendedor en el proceso de compra basada en valor



Por último y como recomendación general: trabajar la oferta de productos/servicios/ soluciones y la propuesta de valor de forma previa a la publicación de las ofertas o licitaciones de los compradores potenciales. Esto permitirá al vendedor detectar las necesidades reales de los clientes, trabajar más estrechamente con ellos y adaptar la oferta de forma previa, anticipándose a los competidores.

 <p>Medical Devices Suecia</p>	<p>Considerando el coste total de la prestación del cuidado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado de heridas por valor de 9 M€ • Proveedores tenían que demostrar los costes totales para 3 pacientes ficticios diferentes • Debían incluir el tiempo que necesitan las enfermeras para aplicar los productos • Ganó el ofertante con mayor precio pero demostró: <ul style="list-style-type: none"> ✓ enfermeras y médicos podían aplicar el producto más rápido ✓ producto requiere aplicaciones/ reemplazos menos frecuentes ✓ productos que causan menos complicaciones
 <p>Medical Devices Canadá</p>	<p>Riesgo compartido con el proveedor basado en valor</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Desfibriladores y marcapasos • Requería que proveedores se comprometieran con expectativa de vida útil de los productos • Por falta de evidencia de resultados, se propuso un modelo de riesgo compartido • Criterios del concurso incluían la duración (batería y cables). Penalización si la duración era inferior a la declarada por el ofertante • La oferta ganadora consiguió mejores resultados en los pacientes y posiblemente menores costes operativos a largo plazo (operaciones menos frecuentes).
 <p>Equipamiento Médico Noruega</p>	<p>Evaluación de resultados Participación de pacientes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El contratante noruego tenía problemas con los catéteres de bajo coste: dolor en los pacientes y tasas de fallo elevadas • Dolor declarado por los pacientes incluido en la evaluación de la oferta • Los enfermeros probaron numerosos catéteres con respecto al dolor declarado por los pacientes durante la evaluación del concurso
 <p>Equipamiento Médico Alemania</p>	<p>Evaluación de resultados Participación de cirujanos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Suturas quirúrgicas • Preferencias de los cirujanos como los hápticos y características de manejo • Evaluación cualitativa incluía ensayo ciego y ranking de las suturas, realizado por panel de cirujanos • La oferta más barata no fue adjudicataria • Beneficios y reducciones de coste potenciales incluían: <ul style="list-style-type: none"> ✓ que los cirujanos fueran capaces de suturar más rápida y precisamente ✓ menos complicaciones / infecciones/ cicatrices

Fuente: adaptado de Medtech Europe & BCG (2016)

5 Recomendaciones prácticas para todos los actores

La implantación del concepto de *Value Based Healthcare* requiere una implicación clara y sostenida por parte de todos los actores del sistema sanitario. Cada actor tiene un peso específico para construir el conjunto de piezas para desarrollar un modelo sanitario basado en el valor:

Gestor _____	Empezar a medir con los datos de su hospital y apoyar a los servicios promotores.
Profesional sanitario _____	Rediseñar el proceso asistencial hacia la generación de valor.
Paciente _____	Implicarse en la medición y rediseño de los procesos.
Sociedades científicas _____	Promover la medición de <i>outcomes</i> y la comparabilidad/ <i>benchmark</i> .
Regulador/Financiador _____	Crear las condiciones para alinear todos los actores hacia el valor, a través de incentivos profesionales y económicos.
Industria _____	Acompañar a los servicios asistenciales a la generación de valor como parte intrínseca del proceso asistencial.
Comprador público _____	Desarrollar competencias e instrumentos para poder gestionar procesos de licitación basados en valor.

Y de forma más detallada, la contribución y compromiso de cada actor del sistema sanitaria puede resumirse en la tabla siguiente:

Tabla 2. Contribución de los diferentes actores del sistema sanitario a la implantación del VBHC

Actor	Contribución
Gestor	<ul style="list-style-type: none"> ○ Integrar la medición del valor en las organizaciones sanitarias <ul style="list-style-type: none"> • Apoyar la definición de PRO y PRE en servicios y condiciones médicas • Uso de herramientas para registrar y analizar la información ○ Apoyar a los servicios y especialidades que deseen avanzar en el VBHC ○ Facilitar, dentro de su marco normativo, incentivos para promover el VBHC en el hospital: objetivos y comparación ○ Incorporar el <i>Value Based Procurement</i> en sus decisiones de compra
Profesional sanitario	<ul style="list-style-type: none"> ○ Basar la toma de decisiones en criterios basados en el valor: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Evidence Based Medicine</i>, indicadores clínicos, valor de los actos ○ Rediseñar los procesos asistenciales para orientarlos al valor.
Paciente y asociaciones	<ul style="list-style-type: none"> ○ Incorporar al paciente en la reflexión y la gestión del cambio ○ Participar activamente en el rediseño de procesos a nivel de las organizaciones sanitarias ○ Influenciar a los agentes sanitarios sobre la importancia del valor y los <i>outcomes</i> relevantes para los pacientes
Sociedades científicas	<ul style="list-style-type: none"> ○ Desarrollar recomendaciones prácticas para implementar VBHC dentro de su especialidad ○ Realizar actividades de formación para promover y dinamizar el cambio ○ Promover la medición y el benchmarking de <i>outcomes</i> dentro de su especialidad
Regulador	<ul style="list-style-type: none"> ○ Evolucionar el marco regulatorio actual para facilitar la financiación de las organizaciones sanitarias y la retribución variable de los profesionales en base a base a resultados ○ Promover la publicación y comparación de resultados entre las organizaciones sanitarias de cada CCAA
Industria	<ul style="list-style-type: none"> ○ Orientar su oferta de servicios hacia la aportación del valor de sus productos/servicios ○ Acompañar a los servicios asistenciales a la generación de valor, como parte intrínseca del proceso asistencial ○ Ser permeables a la creación de acuerdos de compra basados en valor y riesgo compartido
Comprador público	<ul style="list-style-type: none"> ○ Desarrollar competencias e instrumentos para poder gestionar procesos de licitación basados en valor ○ Incorporar la visión clínica en la definición de necesidades y el proceso de licitación, así como las innovaciones



network

INNOVATION



6 Bibliografía

Damberg CL, Sorbero ME, Lovejoy SL, Martsolf G, Raaen L, Mandel D. Measuring Success in Health Care Value-Based Purchasing Programs Summary and Recommendations. Washintong: Rand Corporation; 2014

Fundación Signo. Financiación de Centros Sanitarios Basada en Resultados en Salud. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2018

Harvard Business School, Institute for Strategy & Competitiveness [Sede Web][acceso noviembre de 2018]. Value-Based Health Care Delivery. Disponible en: <https://www.isc.hbs.edu/health-care/vbhcd/pages/default.aspx>

Kumpuning S, Trig L, Rodrigues R. Public reporting in health and long-term care to facilitate provider choice. Copenhagen: European Observatory in Health Systems and Policies, WHO; 2014

Medtech Europe. Economic Value as a guide to invest in Health and Care. Brussels: Medtech Europe; 2016

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. [Sede Web][acceso febrero de 2019]. Dolors Montserrat: "El Gobierno aprueba el primer tratamiento de Atrofia Muscular Espinal, cumpliendo su compromiso con los afectados por esta enfermedad". Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/gl/gabinete/notasPrensa.do?id=4292>

Peiró M. La ética en las instituciones sanitarias: entre la lógica asistencial y la lógica gerencial. Cuadernos de la Fundación Victor Grifols y Lucas, 28. Barcelona: Fundación Victor Grifols y Lucas; 2012

Porter M. What is value in healthcare? N Engl J Med. 2010 Dec 23;363(26):2477-81

Porter ME, Teisberg EO. Redefining Health Care. Creating Value-Based Competition on Results. Boston: Harvard Business Review Press; 2006

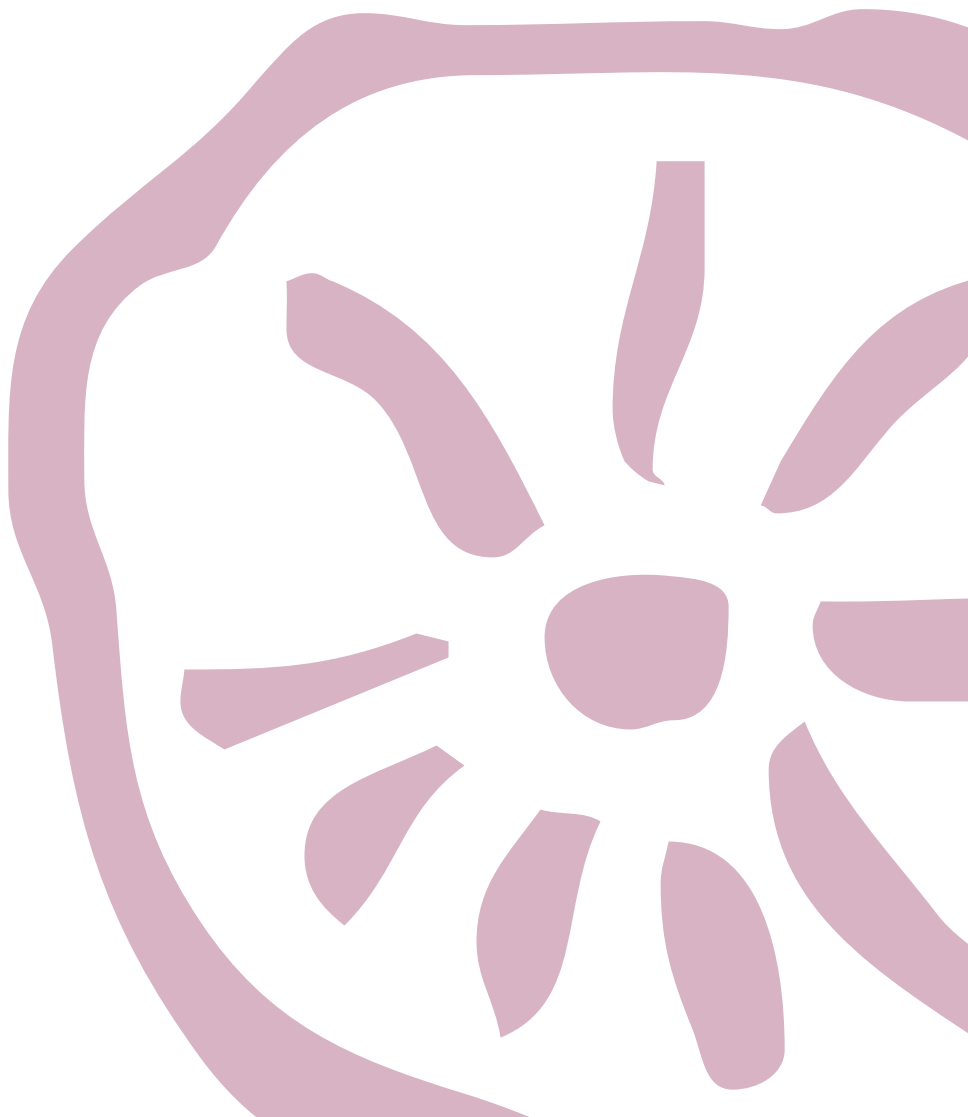
Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade. NI-SER1-18-026. Suministro sucesivo de Nivolumab y Pembrolizumab para los centros hospitalarios del Servicio Gallego de Salud. s.l.: Servizo Galego de Saúde; 2018

Serrano P. Experiencia del Hospital Universitario 12 de Octubre. En: IV Jornada Científica BiblioPRO. Madrid: BiblioPRO; 2019. Disponible en <https://bibliopro.org/media/upload/arxius/Servicios/PROGRAMA-2019-ilovepdf-compressed.pdf>

The Economist. Value Based Healthcare in Europe. Laying in the foundation. London: The Economist Intelligence Unit; 2016

The Economist. Value Based Healthcare in UK. A system of trial and error. London: The Economist Intelligence Unit; 2016

Vainieri M, Bini B, Gomez Soriano G, Nuti S. Setting quantitative targets in regional public health systems. Insights from Valencia and Tuscany. Manchester: King's Fund; 2016



Madrid
Paseo de la Castellana, 123
28046 Madrid
Tel.: +34 91 781 06 66
Fax.: +34 91 781 06 67

Barcelona
Av. Josep Tarradellas, 8-10
08029 Barcelona
Tel. (+34) 93 241 89 50
Fax (+34) 93 209 95 67

MADRID
BARCELONA
BRUXELLES
LA PAZ
LIMA
LISBOA
PARIS
SANTIAGO DE CHILE

www.antares-consulting.com

 Antares Consulting

 @AntaresConsult

ANTARES
consulting 