



Artículo de revisión

Atención en salud basada en el valor: retos y oportunidades

Value-based health care: challenges and opportunities

Assistência médica baseada em valor: desafios e oportunidades

Recibido: 20 | 09 | 2019

Aprobado: 21 | 10 | 2019


DOI: <https://doi.org/10.18270/rsb.v9i2.2806>

How to cite:

Valencia-Mayer C. Atención en salud basada en el valor: retos y oportunidades. Rev. salud. Bosque. 2019;9(2):35-46

DOI: <https://doi.org/10.18270/rsb.v9i2.2806>

Catalina Valencia Mayer

 orcid.org/0000-0001-7365-1005

Facultad de Medicina, Universidad El Bosque,
Bogotá D.C., Colombia.

Correspondencia: cvalenciam@unbosque.edu.co.

Resumen

La atención en Salud Basada en el Valor es un modelo de atención reciente, innovador, dirigido a garantizar mejores resultados en salud para la población atendida, paralelo a un uso óptimo de los recursos. Para su implementación, dicho modelo propone una serie de principios, los cuales son analizados dentro del presente documento. Para esto, se tiene en cuenta no sólo sus características fundamentales, sino también, su factibilidad, posibles barreras y oportunidades. Los principios revisados son: unidades integradas de atención, medición de resultados en salud y costos, plataformas tecnológicas, modelos de pago centrados en la atención, sistemas integrados de atención y expansión geográfica. Adicionalmente, se incluyen la atención centrado en el paciente y el trabajo en equipo como componentes fundamentales de este modelo también.

Palabras claves: Atención en salud basada en el valor; Valor en salud; Modelos de pago basados en valor.

Abstract

Value-based Health Care is a recent, innovative delivering healthcare model which has emerged as a cost-effective alternative to provide superior health outcomes for patients while decreasing inefficiencies in the system. For its successful implementation this model provides a set of principles which are revised in the present article, providing insights on their feasibility, challenges and opportunities. The principles revised here are: Integrated Practice Units, Health Outcomes and Cost Measurement, Value-based Payments, enabling health systems platforms, and efficient allocation of resources. Along with these, a person-centered approach and stakeholders' participation and engagement have been also revised as key components of the model.

Keywords: Value-Based Health Care; Value in Health Care; Value-based Payments.

Introducción

La atención en salud basada en el valor es un concepto en el que se viene trabajando durante los últimos años con gran ahínco a nivel global (1). Si bien su introducción en los sistemas de salud ha representado la puesta en escena de un modelo riguroso e innovador que busca responder de manera directa a las necesidades de los usuarios (pacientes) y demás actores del sistema, su proceso de implementación puede traer importantes desafíos que, de no ser considerados de antemano, pueden generar una carga mayor tanto para prestadores y financiadores del sistema como para los pacientes.

En razón a esto, el presente artículo busca revisar los diferentes principios expuestos por sus autores como base fundamental para la operacionalización de este modelo. También se espera generar un escenario de reflexión en el que a partir de la consideración de diferentes miradas se pueda construir una puesta en común frente a las apremiantes necesidades del sistema, las cuales no se reducen al costo, la calidad y el acceso, sino también, a la garantía de mejores desenlaces en salud.

Previo al análisis de cada uno de los principios propuestos para la implementación de este modelo, es necesario dedicar especial atención a la comprensión de su tesis fundamental: la definición del concepto de valor dentro de la prestación de servicios de salud y su relación directa en la garantía de mejores desenlaces

Resumo

A assistência médica baseada em valor é um modelo de assistência inovador que visa garantir melhores resultados de saúde para a população atendida e o uso ideal dos recursos. Para sua implementação, propõe-se uma série de princípios analisados neste documento, uma análise na qual são levadas em consideração as características fundamentais, viabilidade, possíveis barreiras e oportunidades que esse modelo pode gerar. Os princípios revisados são: unidades de atendimento integradas, mensuração de resultados de saúde e custo, plataformas tecnológicas, modelos de pagamento focados na geração de valor, sistemas / redes de atendimento integrados e expansão geográfica. Além disso, o atendimento centrado no paciente e o trabalho em equipe são incluídos como componentes fundamentais deste modelo.

Palavras-chave: Cuidados de saúde com base no valor; Valor em saúde; Modelos de pagamento baseados em valor.

en salud para la población atendida. Cómo, cuándo, con quiénes y bajo qué mecanismos son interrogantes que pueden ser resueltos a través de la revisión de cada uno de los principios de implementación.

El concepto de valor

La atención en salud basada en el valor se define como un modelo integral de atención que propende por la generación y maximización de valor para el usuario a lo largo del ciclo de la atención (2). De esta manera, el valor, entendido como los desenlaces en salud alcanzados por el paciente, relativos al dinero invertido, asume un rol fundamental dentro del sistema en el que se modifican las dinámicas de atención, evaluación, gestión y seguimiento, y los procesos de financiación e interacción entre actores (2).

Lo anterior se encuentra sustentado en un cambio radical de perspectiva, en el cual la provisión de servicios en salud deja de ser organizada alrededor de especialidades y/o prestación aislada de servicios, para convertirse en una provisión de servicios en salud *alrededor de las necesidades del paciente*, en la que este último es considerado de manera integral y *no* por esferas independientes de atención/manejo. A su vez, esta lógica modifica las dinámicas del mercado, las cuales pasan de una competencia e incentivos basados en el costo y el volumen de servicios, a centrarse en los resultados alcanzados por el paciente que, como ya se dijo, deben ser relativos al dinero invertido (3).

De este modo, la atención en salud basada en el valor promueve un modelo de atención más eficiente y costo-efectivo para todos los actores dentro del sistema (4), pues fomenta la reducción de ineficiencias y costos en la medida que los pacientes pueden ser tratados oportunamente y con mayores niveles de calidad y articulación interdisciplinaria, evitando de esta manera comorbilidades y estados crónicos de enfermedad que afectan su calidad de vida y también, la demanda de recursos, tecnología y nivel de especialidad para su atención (4). Asimismo y como eje central, este abordaje beneficia a todos los usuarios dentro del sistema, ya que sin importar su procedencia o condición estos son tratados de acuerdo a sus necesidades y contexto, brindándoles, de esta manera, una atención con mayor equidad y pertinencia (3).

De igual modo, los prestadores de servicios logran optimizar sus prácticas clínicas y de calidad con la implementación de este modelo dado que entienden lo que es verdaderamente importante para el paciente y los procedimientos a través de los cuales puede cumplirse esto. Asimismo, el modelo representa una oportunidad para negociar formas de pago basadas en la generación de valor, es decir, en la provisión de resultados superiores para los usuarios de acuerdo al dinero invertido (5).

Aunque desde una perspectiva macro este modelo de atención resulta ser una excelente alternativa para responder a algunas de las mayores coyunturas del sistema de salud, es fundamental dimensionar las características específicas del mismo y las del contexto en el que será implementado. Esto permite no sólo desarrollar planes aterrizados de implementación, sino también, disminuir efectos colaterales no previstos. Lo anterior es de gran utilidad, particularmente en escenarios donde dicha implementación signifique cambios de gran envergadura para los sistemas de salud, como por ejemplo en la reestructuración de procesos de atención, en la interacción entre actores y en la adopción de tecnologías de punta que permitan una mejor evaluación y seguimiento.

Una lectura rápida de esta premisa puede llevarnos a pensar que es bastante lógica y sensata. Sin embargo, son numerosas las experiencias que nos demuestran cómo, en muchos escenarios no se logró contar con una aproximación lógica, ni por demás sensata; por el contrario, se adoptaron métodos que en teoría sonaban muy bien, pero que en la práctica no lograron resolver el problema. Como es bien sabido, situaciones como éstas ha corrido en todos los niveles y posiciones del sistema: desde la formulación de políticas con baja

noción del contexto y sus posibilidades de implementación, hasta escenarios de trabajo directo en donde se exige la recolección de datos de los pacientes, aún en la ausencia del recurso mismo para hacerlo.

Es así como se resalta la importancia de no implementar métodos sin antes haber estudiado el problema y haber escuchado a todos los actores del sistema, incluyendo siempre a los pacientes; no solo para recibir su visto bueno, sino para desarrollar como equipo estrategias de implementación que se ajusten a sus realidades y a su contexto y en las que prevalezcan las necesidades del usuario, del prestador y del asegurador. Sólo de esta manera se podrán construir estrategias aterrizadas y con mayor probabilidad de adherencia, éxito y continuidad dentro del sistema.

Principios, retos y oportunidades

Como bien se ha mencionado, la atención en salud basada en el valor requiere el cumplimiento de una serie de principios esenciales para su adecuada ejecución. Al respecto, Porter & Thomas (3) proponen seis principios: 1) la creación de centros especializados para el manejo de pacientes con condiciones específicas en salud, 2) una medición precisa de los costos y desenlaces en salud alcanzados en cada paciente, 3) modelos de pago integrados que cubran el costo total del tratamiento del paciente, 4) la integración de servicios a través de diferentes centros de atención, 5) la expansión geográfica de servicios y 6) la adaptación de sistemas de información que faciliten la recolección y análisis de datos.

La mayoría de países e instituciones que han adoptado este modelo reportan resultados positivos y costo-efectivos en la provisión de servicios de salud (1,6–12). Sin embargo, también se han identificado importantes barreras que afectan su implementación, siendo las más recurrentes la falta de recursos tecnológicos, el poco personal disponible para apoyar el proceso, los bajos niveles de comprensión y entrenamiento en la medición de los resultados en salud alcanzados por el paciente y el cálculo de los costos totales producto de la atención (1,6,8,9,13–18). Asimismo, sobresalen las dificultades en la articulación y compromiso por parte de los diferentes actores del sistema y los grupos interdisciplinarios de atención. En la mayoría de los casos, lo anterior se asocia a dificultades logísticas que limitan su interacción y a un pobre conocimiento del modelo y sus principios (6,7,13,19–22).

Por tanto, a continuación se revisan los principios propuestos por Porter & Thomas, pero más que entrar en una descripción detallada de los mismos, la cual puede ser revisada dentro de la literatura complementaria (3,4,23–28), se opta por promover un espacio en el que desde diferentes escenarios se analice su factibilidad, posibles barreras y alternativas de solución. De igual modo, posterior a esto, se proponen aspectos complementarios a tener en cuenta durante la fase de planeación e implementación del modelo.

Medición de valor, resultados y costos de la atención

Como premisa inicial para la adecuada implementación del modelo de atención en salud basada en el valor, es necesario tener una adecuada comprensión del concepto de valor y de los procesos de medición que el mismo implica.

Retomando, el valor es definido como los resultados en salud alcanzados por el paciente de acuerdo a los recursos invertidos (24). Estos resultados hacen referencia a aquellos desenlaces en salud que son importantes para el paciente y que en la práctica le permiten un mayor nivel de funcionalidad y una mejor calidad de vida (24). Por ejemplo, en pacientes con dolor lumbar crónico los resultados en salud a evaluar corresponden a la recuperación de la movilidad y la funcionalidad dentro de actividades de la vida cotidiana. Las intervenciones quirúrgicas *per se*, la cantidad de terapias y los medicamentos suministrados corresponden a indicadores de proceso, más no de resultado. Entender este aspecto es fundamental, pues a la fecha la mayoría de sistemas de salud siguen funcionando en razón a la cantidad de servicios provistos y no a los verdaderos resultados en salud alcanzados, limitando de este modo la posibilidad de saber cuál fue la mejoría real obtenida por el paciente y de qué manera, como prestador, se pueden ajustar las prácticas para lograr resultados costo-efectivos (25).

Si bien cada día más prestadores de servicios y aseguradores transitan hacia este nuevo modelo, es importante recordar que previo a su adopción es necesario contar con instrumentos estandarizados de evaluación para medir de manera precisa los logros alcanzados por el paciente, pues de otro modo se generan falsas expectativas en escenarios donde todo se desea y poco se logra. Frente a esto, algunas instituciones han desarrollado con éxito sus propias métricas de evaluación;

de hecho, Porter (25) presenta una jerarquía para la construcción de las mismas (25). Sin embargo, en aras de facilitar los procesos de medición, comparación de resultados y aprendizaje entre instituciones y países, el International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM) ha desarrollado durante los últimos años más de 25 estándares de evaluación para condiciones de salud con altos niveles de prevalencia, cronicidad y costo, encontrando dentro de los principales: cáncer de mama, próstata y pulmón; diabetes; enfermedad renal crónica y coronaria, y microsomía craneofacial (29). La revisión de estos estándares puede ser de gran utilidad, incluso si al final se decide utilizar estándares propios. Asimismo, es valioso revisar instrumentos como los desarrollados por PROMIS y COMET INITIATIVE, donde a través de los mismos se definen y evalúan resultados específicos en salud para el paciente (30,31).

Paralelo a esto, es importante recordar que el diligenciamiento de estas métricas puede requerir mayores tiempos de atención dentro de la consulta y mayor número de herramientas tecnológicas especializadas que faciliten su recolección. Por tanto, el primer paso es preguntarse si se cuenta con estos recursos; en casos de que la respuesta sea no, se debe evaluar la posibilidad real de adquirirlos, claro está, analizando siempre la reducción de costos que puede significar a futuro. Por ejemplo, hoy en día existen sistemas de información que no solo facilitan la rápida recolección de datos, sino también la construcción de perfiles de riesgo y parametrización, lo cual facilita el monitoreo del paciente y sus necesidades. En adición a esto, es importante evaluar el costo-beneficio, pues para prestadores y/o aseguradores de pequeña y mediana escala puede resultar poco útil evaluar de la misma manera a todos los pacientes y por el contrario puede ser prioritario hacer seguimiento de aquellos pacientes con enfermedades más prevalentes y/o de mayor costo.

De igual forma, es importante considerar que unas de las barreras más frecuentes asociadas a la introducción de nuevos modelos y procedimientos es la adaptación al cambio por parte de los profesionales a cargo y la suma adicional de tareas. Por esto, se sugiere trabajar en una clara definición de lo que se requiere, asegurarse de que los empleados cuentan con una distribución equitativa de tareas y son conscientes de los beneficios que puede traerles la adopción del nuevo modelo, aumentando de este modo sus niveles de motivación y participación (3,6,19). Invertir en programas de entrenamiento e incentivos se convierte, por tanto,

en un requisito fundamental donde el fortalecimiento del talento humano se mantiene como eje central del proceso.

Respecto a la medición del costo, existen varios aspectos a considerar. El primero es que, si bien el cálculo total de los mismos resulta ser fundamental, esta estimación por sí sola no es un resultado ni puede tomarse como una valoración aislada del valor (3,4). El análisis de los costos totales de la atención de un paciente debe ir siempre de la mano con la medición de los resultados en salud alcanzados por el paciente posterior al tratamiento para que realmente pueda determinarse el valor generado a partir de la intervención (28).

De forma paralela, existen grandes limitaciones para estimar los costos totales posterior al ciclo de atención. Esto se encuentra determinado en gran medida por modelos de pago en los que en la mayoría de los casos se hacen reembolsos por servicios y procedimientos de manera independiente, minimizando de este modo la provisión de servicios integrales por parte de los prestadores, así como los incentivos en el mercado destinados a maximizar el valor para los pacientes (4).

A pesar de estas limitaciones, la atención en salud basada en el valor promueve la estimación de los costos totales como elemento fundamental para determinar el valor alcanzado luego de una intervención (4). De igual modo, adelantar este ejercicio permite establecer un mapeo total de los procesos necesarios para atender un paciente paralelo a los gastos incurridos en cada paso/actividad, identificando de esta manera posibles ineficiencias y, por ende, oportunidades para la redistribución de recursos y la reducción de gastos innecesarios (4,32).

Dicha práctica se articula de manera directa con uno de los cuatro hábitos de organizaciones de salud de alto valor descritos por Bohmer (33), en donde, sin importar las particularidades de la institución, la medición de los procesos y sus resultados se convierte en una herramienta fundamental para la optimización de los mismos, recomendando su implementación en todos los niveles de la provisión de servicios en salud (33).

Como regla general, la estimación de costos debe incluir todos los gastos incurridos para la atención del paciente durante el ciclo completo de tratamiento (4); esto incluye personal, equipos, espacios de cuidado y todos los recursos de soporte empleados para generar esa atención. Kaplan & Anderson (32) proponen un

sistema para la estimación de costos totales llamado Time-Driven Activity-Based Costing (TDABC) que, a través de información sobre tiempos y recursos invertidos, permite determinar los costos totales y oportunidades de mejora, optimizando de este modo los recursos y desenlaces en salud obtenidos (3,32).

Si bien la estimación de estos costos no es posible en todos los escenarios, priorizar aquellos de mayor complejidad y gasto puede resultar de gran valor para el sistema y sus prestadores, aseguradores y usuarios. De igual modo, es importante mencionar que esta tarea beneficia no solo a uno, sino a todos los actores del sistema como tal, pues favorece un trabajo mancomunado en el que, incluso con apoyo estatal, se logra la formación y entrenamiento de todas las instituciones en estos sistemas de medición y monitoreo.

Unidades especializadas e integradas de atención

Uno de los principios más importantes propuestos por el modelo de atención en salud basada en el valor es la creación de centros y equipos especializados que puedan ofrecer tratamientos integrales, coordinados, y con un alto nivel de comunicación e interacción para pacientes con condiciones específicas de salud (2). Clínicas especializadas en el manejo del dolor, en pacientes con diabetes y en enfermedades crónicas son algunos de los posibles ejemplos.

La creación de estos centros resulta ser bastante favorable en la medida que permiten atender pacientes de alto riesgo de manera temprana, reduciendo de este modo posibles complicaciones que, en estadios avanzados, podrían ser más difíciles y costosas de tratar (2,3). A su vez, contar con estos equipos especializados de atención reduce las cargas adicionales para los usuarios, quienes reciben de manera inmediata los servicios complementarios que requieren y dejan de deambular en el sistema hasta que logran auto-coordinar citas y procedimientos (34).

Si bien la creación de centros especializados para todas las condiciones en salud no es viable y tampoco práctico, dada la diversidad y volumen fluctuante de condiciones en salud a tratar, priorizar aquellas condiciones con mayores niveles de complejidad y comorbilidad, las cuales demandan mayores niveles de entrenamiento y recursos, deben ser criterios de selección para la elegir la creación de un centro sobre otro.

Finalmente, desde una mirada ajena a la del paciente e incluso del asegurador, es importante evaluar como prestador, o en el rol de aquellos actores que demandan esto, la posibilidad real de coordinar en la práctica estos equipos; particularmente en sistemas donde la generalidad no es reembolsar por programas o paquetes integrales de atención o incluso, destinar incentivos para que más allá de atender al paciente, se genere una verdadera interacción entre los profesionales que le atienden. Así, que es aquí, cuando evaluar la factibilidad, las posibles barreras y las soluciones de aquello que parece tan lógico y evidente se hace aún más necesario; particularmente en la promoción de sistemas y espacios de comunicación e interacción entre profesionales y diferentes actores dentro del sistema. Sin duda, cada escenario variará de acuerdo a sus posibilidades y contexto, y seguramente no en todos será factible proponer remuneraciones fijas y/o sistemas de incentivos para lograr este objetivo; sin embargo, echar mano de la creatividad y como equipo tratar de definir alternativas viables para todos puede ser mejor estrategia que simplemente ignorar la dificultad.

Promoción de modelos de pago basados en el valor

Aun cuando la implementación aislada de este principio no logra modificar por completo la provisión de servicios en salud, su ejecución, en compañía con la estimación de valor, resulta ser uno de los mecanismos más efectivos para promover una competencia basada en resultados en salud (5). Esto, en contraposición a modelos tradicionales de reembolso como por ejemplo, el de pago por eventos, donde sólo el volumen de servicios a bajo costo es tenido en cuenta .

De forma paralela, la implementación de este tipo de modelos resulta bastante positivo para la provisión de ciclos completos de atención, en la medida en que promueve pagos combinados, es decir, un pago único que cubre el total del tratamiento provisto al paciente (5). De esta manera, se maximiza la generación de valor para los pacientes, quienes podrán recibir atención integral, temprana y completa.

Paralelo a los modelos de pago basados en valor, existen también los pagos por capitación, los cuales son bastante utilizados en sistemas de distribución unificada de recursos y, si bien representan una transición entre el pago por evento y los pagos combinados, fallan en garantizar una atención completa y de calidad para el paciente. Lo anterior debido a que, al

contar con una cuota fija anual para atender todas las necesidades en salud del paciente, tienden a racionalizar o bajar la calidad de los servicios en aras de controlar el gasto (5).

Hacer un esfuerzo por replantear los modelos actuales de pago dirigiéndose hacia aquellos que fomenten la generación de resultados superiores en salud puede proveer mayores garantías para prestadores y usuarios y, en el largo término, reducir costos innecesarios para el sistema (5).

Como se mencionó antes, la implementación de este principio puede no ser posible para todo tipo de condiciones y escenarios; sin embargo, priorizar el desarrollo del mismo en enfermedades de alto por ejemplo, costo puede ser bastante costo-efectivo para aseguradores y demás financiadores del sistema. A la fecha existen ejemplos exitosos como la Cuenta de Alto Costo en Colombia, donde a través de modelos específicos de incentivos se ha logrado mejorar la atención de pacientes con enfermedades crónicas y de alta complejidad, redundando esto no sólo en mejores resultados en salud para los pacientes, sino también, en reducción de costos para el sistema (35).

Sistema de información y tecnología

Como parte de un engranaje único, las plataformas y sistemas de información resultan ser una pieza fundamental en el ensamblaje de este modelo, pues facilitan la recolección, el análisis y el seguimiento de datos, brindando así información clave para la toma de decisiones y reajuste de procesos (3,36). Por ejemplo en la caracterización de la población y sus necesidades y en la detección de insuficiencias dentro del sistema que requieran mayor atención, como son el análisis de desenlaces en salud, medición de costos y/o facturación.

Del mismo modo, los sistemas de información funcionan como uno de los instrumentos más eficientes para coordinar la provisión de servicios de salud en la medida en que todos los profesionales de un equipo pueden estar informados durante el curso del tratamiento del paciente (36). De este modo, se eliminan algunas de las limitaciones que enfrentan a diario prestadores y usuarios cuando el paciente no logra informar con precisión durante la consulta las recomendaciones dadas por otro profesional o los resultados de sus exámenes diagnósticos.

Si bien estas plataformas pueden facilitar en gran medida la atención de los usuarios y la gestión coordinada

del sistema, es importante determinar con precisión las características del contexto en el cual se desea implementar y para qué se quiere específicamente. Por ejemplo, no tendrá la misma utilidad implementar una plataforma sofisticada de recolección y análisis de datos para un prestador de servicios satélite el cual, muy seguramente, no contará con más tiempo que para la recolección de los datos, mientras su análisis es derivado a centros especializados.

Para la selección del sistema de información más adecuado, es importante escuchar no sólo la oferta de los diferentes proveedores, sino también, la opinión de los diferentes miembros del equipo de trabajo y, de manera coordinada, conciliar sus necesidades con la oferta del mercado y con los recursos disponibles. En casos en los que no exista el recurso suficiente para acceder a estos sistemas, promover alianzas y/o apoyos estatales y de las aseguradoras puede ser una alternativa útil, en especial cuando la recolección y análisis de la información será de gran beneficio.

Dentro de los aspectos a tener en cuenta para la selección de un sistema de información altamente eficiente, Porter & Thomas (3) recomiendan una serie de criterios que, a modo de pregunta, pueden facilitar el proceso de reflexión: ¿permite la recolección de información de manera integrada, es decir alrededor del paciente y su condición, y no de manera fragmentada, es decir por departamentos que no se comunican entre sí?, ¿se utiliza terminología estandarizada de fácil comprensión e intercambio para todos los actores dentro del sistema?, ¿tienen todos los profesionales a cargo acceso al mismo sistema de información para la revisión y sistematización de los datos?, ¿pueden los profesionales en salud e incluso los usuarios tener fácil acceso y navegación a estos dispositivos?, ¿incluyen estos sistemas de información formatos sencillos y prácticos para la recolección y visualización de la información? y ¿estos sistemas de información incluyen soporte permanente por parte de su proveedor y entrenamiento para que los profesionales lo usen?

Asimismo, es importante considerar en este punto, y de hecho a lo largo de la reflexión sobre este modelo, el concepto de innovación disruptiva propuesto por Hwang & Christensen (37), el cual se caracteriza por la introducción de soluciones que disminuyen drásticamente los niveles de complejidad en la consecución de objetivos y resultados específicos, bien sea a través de la simplificación de procesos o la propuesta de soluciones alternativas mucho más efectivas, convenientes y accesibles (37). De hecho, estas soluciones se consideran

disruptivas, pues se salen del modelo progresivo de evolución de una herramienta/proceso ya que pueden proponer soluciones que en poco tiempo generan resultados de niveles muy superiores a menor costo. Un ejemplo de esto son las plataformas de información que con la recolección automática de pocos datos permiten visualizar de manera interactiva sistemas de seguimiento y control de grupos poblacionales específicos, definiendo de este modo los servicios a priorizar.

Sistemas/redes integradas de atención y expansión geográfica

Adicional a los principios antes expuestos, la atención en salud basada en el valor promueve la prestación de servicios integrados, incluso si esto requiere el uso de más de un prestador o sede de atención (2). Esto, en razón a que concibe una distribución eficiente de los recursos donde, por ejemplo, pacientes con altos niveles de complejidad son atendidos en instituciones de tercer nivel, mientras pacientes que requieren atención primaria pueden ser atendidos en centros de baja complejidad y de esta manera maximizar el valor obtenido por la atención. Esta organización es un claro ejemplo de lo que Bohmer (33) describe como el diseño de microsistemas en organizaciones de salud de alto valor, en donde, a través de un diseño específico con altos niveles de articulación entre los diferentes actores y los procesos requeridos, se logra un uso adecuado de los recursos, se simplifican los procesos y se disminuye el estrés laboral de la institución.

En línea con lo anterior, la provisión articulada de servicios en salud permite disminuir costos innecesarios, por ejemplo aquellos que se generan por la fragmentación y reduplicación de procesos o, incluso, por la saturación de centros de atención con todo tipo de patologías (3).

Si bien lograr distribuir servicios de acuerdo a condiciones específicas en salud y niveles de complejidad en salud no es ni será siempre posible, maximizar estas opciones cuando sea pertinente es la recomendación. Entonces, la invitación es a pensar con detenimiento y de acuerdo a las necesidades del contexto, y a evaluar posibles alternativas que reduzcan los costos de la atención sin sacrificar los niveles de calidad y posibles desenlaces en salud a alcanzar por el paciente. Dentro de estas alternativas podría considerarse el uso de la telemedicina para patologías de baja complejidad y la hospitalización domiciliaria en casos donde resulte pertinente.

Paralelo a esto, la atención en salud basada en la creación de valor propone un principio adicional, el cual va muy de la mano con la integración de servicios y es la expansión geográfica en la entrega de servicios en salud (2). Con esto, el modelo hace referencia a la importancia de identificar las zonas geográficas en las cuales crear un centro especializado de atención puede resultar más costo-efectivo que desplazar a la población como tal. Dentro de las alternativas a explorar, Porter & Thomas (3) promueven el desarrollo de alianzas estratégicas en las que grandes prestadores puedan generar acuerdos de cooperación con pequeños prestadores y, de esta manera, lograr el fortalecimiento del mismo y la atención de la población dispersa, garantizando así mayores niveles de calidad en su atención (3).

Aspectos complementarios a considerar

Si bien hasta acá Porter & Thomas (3) presentan una serie de principios valiosos para la adecuada implementación de la atención en salud basada en valor, la evidencia reportada por quienes han implementado este modelo sugiere tener en cuenta otros aspectos como el trabajo en equipo, la promoción de una atención centrada en el paciente y la planeación adecuada de las tareas a llevar a cabo, las cuales solo logran dimensionarse después de haber entendido claramente el modelo y sus implicaciones a nivel operativo (1,6,8,9,13-18).

En aras de facilitar este proceso, a continuación se presentan los aspectos más relevantes de estos componentes, de tal manera que puedan ser contemplados como principios claves durante las fases de planeación e implementación del modelo.

Atención centrada en el paciente – persona

Durante los últimos años, esta aproximación ha crecido con gran fuerza a nivel mundial, destacando las importantes implicaciones que tiene tanto para los prestadores como para los usuarios el ser considerados de manera activa dentro del proceso de atención. Si bien el modelo de atención en salud basada en el valor se fundamenta en poner a los pacientes como ejes centrales en la prestación de servicios, en ocasiones la operacionalización del concepto (a través de la medición de los desenlaces en salud alcanzados por

el paciente) resta importancia a la praxis de su principio fundamental: centrarse en el paciente, en sus necesidades, en sus expectativas y en esos desenlaces y resultados en salud que realmente son importantes para ellos; aquellos que le permiten gozar de una mayor funcionalidad y calidad de vida en su cotidianidad y que dentro de un modelo de atención compartido sean viables.

La atención centrada en el paciente fue descrita por primera vez en 2001 por el Instituto de Medicina de Estados Unidos como un componente esencial para lograr la calidad en la atención del paciente y su seguridad (38). Con los años, el término ha evolucionado a atención centrada en la persona, reconociendo de este modo al usuario como un ser integral al cual lo acompañan creencias y prácticas propias de su contexto y no solo síntomas o ‘enfermedades’ (39).

La atención centrada en la persona/paciente supone un modelo de atención en el que el usuario asume un rol activo dentro de su proceso terapéutico, discutiendo las alternativas de intervención, su percepción frente a las mismas y la manera como puede colaborar dentro de este proceso (38). Esta aproximación supone una atención en la que los pacientes son tratados con respeto, dignidad y compasión, brindándoles información relevante sobre sus procesos y empoderándolos tanto como sea posible en cada una de las fases del ciclo de tratamiento para que asuman el liderazgo de su intervención (40). Esto permite contar con su participación y soporte en la ejecución del tratamiento y entender de manera crítica qué funciona mejor o no para ellos dentro de una intervención, aspectos que son de gran valor para prestadores y usuarios, pues les permiten optimizar servicios y resultados al brindar intervenciones apropiadas en el momento y lugar que se requieren (41).

Atender este principio como pieza fundamental de la atención en salud basada en el valor permite aumentar los niveles de comprensión, efectividad y participación por parte de prestadores y usuarios (42). Sin embargo, para que esto realmente pueda darse es necesario considerar nuevamente esas preguntas sobre la factibilidad, las barreras y las posibles soluciones cuyas respuestas de nuevo parecen obvias, pero en el fondo no lo son, en especial previo a la implementación de un método particular en un contexto muy particular.

Dentro de estas consideraciones está la reflexión sobre los tiempos de atención y los recursos disponibles para ofrecer una atención humanizada: ¿son en

realidad suficientes las sesiones de 10 a 20 minutos para que un prestador pueda diligenciar la información requerida por el sistema, examinar al paciente y discutir con el mismo el tratamiento más conveniente para su caso? y ¿logra el paciente en los últimos cinco minutos de atención entender lo que se espera de su parte? En este caso, la respuesta depende de los recursos tecnológicos y el personal de soporte disponible para optimizar los tiempos directos de interacción entre el profesional y el usuario, así como de la parametrización existente para tiempos de consulta y retroalimentación.

En cualquier escenario, la invitación es a reconocer el contexto propio de implementación, los recursos disponibles para modificación de procesos y los mecanismos de soporte que pueden facilitar las tareas administrativas del cuerpo clínico. Al final, lo que se busca es reconocer estas barreras y visualizar soluciones prácticas que permitan seguir adelante en lugar de utilizarlas como excusas para no adoptar nuevos cambios.

Trabajo en equipo

Si bien desde su primera publicación Porter & Teisberg (2) enunciaron el rol de cada uno de los actores del sistema de salud para la adecuada implementación de la atención en salud basada en el valor, son recurrentes las dificultades y logros en su implementación en razón al trabajo en equipo por parte de todos los actores del sistema (2,6,13,19,21,43).

Como se mencionó a lo largo de cada uno de los apartados, la necesidad de trabajar de manera coordinada y con altos niveles de cohesión y soporte es fundamental para favorecer la implementación del modelo de atención en salud basada en el valor; esto no solo para la medición de desenlaces y costos, el entrenamiento en sistemas de información y la provisión de tratamientos integrales, sino también para el acuerdo en modelos de pago y la formulación de políticas y lineamientos que permitan un mayor amparo y cohesión del mismo. Si bien lograr un alto nivel de coordinación entre los diferentes actores del sistema no es tarea fácil, persistir en esto puede traer grandes beneficios para todos en la medida que sólo a través del trabajo colaborativo puede lograrse una verdadera integración de los servicios de salud (42).

De manera específica, algunos países como Canadá recomiendan una estrecha colaboración entre el sector privado y el público y una integración de los proveedores de servicios en el diseño y ejecución de este

modelo, de tal manera que como equipo puedan determinarse los puntos de mayor maximización de valor y, de acuerdo a esto, se facilite su implementación (20).

De forma paralela, Nacarrow *et al.* (44) proponen una serie de elementos para promover el trabajo interdisciplinario, siendo los más relevantes la promoción de espacios de comunicación y entrenamiento, adecuados recursos para su interacción, una cultura organizacional que promueva el apoyo y la colaboración, el respeto de roles, las tareas y responsabilidades, entre otros (44).

Si bien estos principios no obedecen a una lista exhaustiva, pueden sentar las bases para una reflexión profunda sobre las características del trabajo al interior de la organización o sistema y, de acuerdo a esto, proponer estrategias que concilien las necesidades y realidades de los diferentes actores, sin olvidar que el objetivo final es facilitar su trabajo y propender un sistema de salud costo-efectivo. En este sentido, obviar el valor de invertir en un buen clima organizacional y una clara articulación de procesos que fomenten el trabajo colaborativo dentro de la organización puede suponer un gran riesgo para la misma, pues sólo a través de la coordinación y soporte entre los diferentes actores, los procesos establecidos pueden ser implementados de forma adecuada.

Planeación y ajuste de expectativas

Como en todo programa, previo a su fase de implementación, es importante dedicar una etapa inicial para definir muy bien su objetivo y, de acuerdo a esto, establecer qué se necesita para lograrlo y cómo debe hacerse esto. Este ejercicio permite dimensionar con mayor precisión el nivel de complejidad de la tarea y los recursos disponibles para su ejecución. El objetivo de esto no es desistir de un proyecto o iniciativa cuando no se cuenta con los recursos suficientes, sino por el contrario proponer proyectos viables donde tanto las barreras como las posibles alternativas de solución sean identificadas con anterioridad. A partir de lo anterior, se sugiere planear en equipo y, de no contar con muchos recursos y/o capacidad instalada, implementar el modelo de manera progresiva, priorizando aquellas tareas y grupos de atención que requieren volcarse de manera inmediata a un modelo de atención basado en el valor.

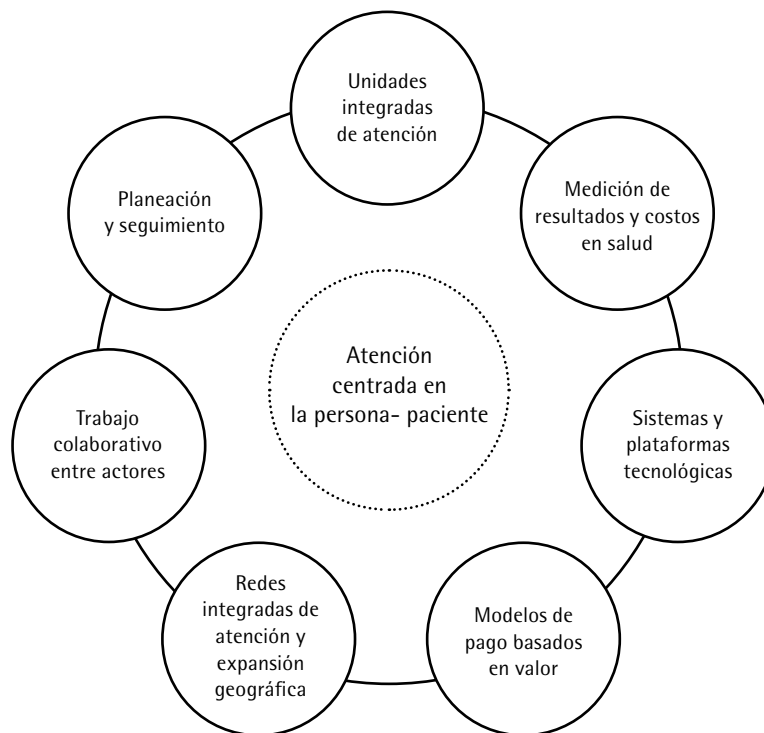
En línea con lo anterior, Bohmer (33) resalta como uno de los hábitos más importantes de toda organización

en salud de alto valor debe ser su capacidad para planear y especificar sus objetivos y actividades a todo nivel, desde el macro del proceso de implementación hasta el diseño de protocolos y procedimientos estandarizados para la provisión de servicios en salud (33). Este ejercicio disminuye la continua improvisación de procesos y soluciones no planeadas, promoviendo de

este modo el uso eficiente de recursos y, por ende, la maximización de valor a lo largo de todo el proceso de atención.

A continuación, la Figura 1 presenta una síntesis de los principios expuestos para la adecuada implementación del modelo de atención en salud basado en el valor.

Figura 1. Principios de la atención en salud basada en el valor.



Fuente: Elaboración propia.

Conclusiones

Si bien la atención en salud basada en el valor se presenta como un modelo refrescante y riguroso que desde su concepción promete excelentes resultados para el paciente y demás actores dentro del sistema de salud, su ejecución requiere una fase de planeación importante, donde todos los principios aquí expuestos, sean considerados en relación al contexto. Particularmente en escenarios con recursos muy limitados donde aún ante el interés de implementar este modelo, una aproximación progresiva y priorizada,

de acuerdo a las necesidades, pueda resultar mucho más factible y útil para todos.

Los principios a considerar para la adecuada implementación del modelo de atención en salud basada en el valor son: creación de unidades integradas de atención; medición de resultados y costos para cada paciente; promoción de modelos de pago basado en el valor; plataformas y sistemas tecnológicos que maximicen el valor; redes integradas de atención; expansión geográfica; atención centrada en el paciente; trabajo colaborativo, y planeación y ajuste de expectativas previo a la implementación del modelo.

Conflicto de intereses

Ninguno declarado por los autores.

Financiación

Ninguna declarada por los autores.

Agradecimientos

Ninguno declarado por los autores.

Referencias

- International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM). What matters most: Patient Outcomes and the Transformation of Health Care. Boston: ICHOM; 2016
- Porter ME, Teisberg EO. Redefining health care : creating value-based competition on results. Boston: Harvard Business School Press; 2006.
- Porter ME, Thomas HL. The big Idea. The Strategy that Will Fix Health Care. Harv Bus Rev. 2013.
- Kaplan RS, Porter ME. How to Solve the Cost Crisis in Health Care. Harv Bus Rev. 2011;89(9):44-52.
- Porter ME, Kaplan RS. How to Pay for Health Care. Harv Bus Rev. 2016;94(7-8):88-98.
- Okunade O, Arora J, Haverhals A. Collaborating for value: the Santeon Hospitals in the Netherlands. ICHOM; 2017.
- Lee VS, Kawamoto K, Hess R, Park C, Young J, Hunter C, *et al.* Implementation of a value-driven outcomes program to identify high variability in clinical costs and outcomes and association with reduced cost and improved quality. JAMA. 2016;316(10):1061-72. DOI: 10.1001/jama.2016.12226.
- Porter ME, Deerberg-Wittram J, Marks C. Martini Klinik: Prostate Cancer Care. Harvard Business School Case. 2014:714-71
- Ken-Lee KH, Matthew-Austin J, Pronovost PJ. Developing a Measure of Value in Health Care. Value Heal. 2016;19(4):323-5. DOI: 10.1016/j.jval.2014.12.009.
- Shah A, editor. Value-based healthcare: A global assessment. The Economist Intelligence Unit Limited; 2016.
- Soliman R, Eweida W, Zamzam MA, Elhaddad A, Abouelnaga S. The delivery of value-based healthcare for children with osteosarcoma at Children's Cancer Hospital Egypt. J Clin Oncol. 2017;35(Suppl 15):e18310. DOI: 10.1200/JCO.2017.35.15_suppl.e18310.
- King's Health Partners. Palliative Care Clinical Academic Group. Book. London: King's Health Partners; 2018
- Larsson S, Lawyer P, Silverstein MB. From Concept to Reality - Putting Value-Based Health Care into Practice in Sweden. Stockholm. The Boston Consulting Group; 2010.
- Black N. Patient reported outcome measures could help transform healthcare. BMJ. 2013;346:f267. Doi: 10.1136/bmj.f167.
- Dudgeon D. The Impact of Measuring Patient-Reported Outcome Measures on Quality of and Access to Palliative Care. J Palliat Med. 2017;21(S1):S76-S80. DOI: 10.1089/jpm.2017.0447.
- Lavallee DC, Chenok KE, Love RM, Petersen C, Holve E, Segal CD, *et al.* Incorporating Patient-Reported Outcomes Into Health Care To Engage Patients And Enhance Care. Health Aff. 2016;35(4):575-82. DOI: 10.1377/hlthaff.2015.1362.
- Hartzler AL, Chaudhuri S, Fey BC, Flum DR, Lavallee D. Integrating Patient-Reported Outcomes into Spine Surgical Care through Visual Dashboards: Lessons Learned from Human-Centered Design. eGEMs (Wash DC). 2015;3(2):1133. DOI: 10.13063/2327-9214.1133.
- Chenok K, Teleki S, SooHoo NF, Huddleston J, Bozic KJ. Collecting Patient Reported Outcomes: Lessons from the California Joint Replacement Registry. eGEMs (Wash DC). 2015;3(1):1196. DOI: 10.13063/2327-9214.1196.
- Van der Nat PB, van Veghel D, Daeter E, Crijns HJ, Koolen J, Houterman S, *et al.* Insights on value-based healthcare implementation from Dutch heart care. Int J Healthc Manag. 2018;11(4):1-4. DOI: 10.1080/20479700.2017.1397307.
- Prada G. Value-based procurement: Canada's healthcare imperative. Healthc Manag Forum. 2016;29(4):162-4. DOI: 10.1177/0840470416646119.
- Aneurin Bevan University Health Board, Wales: Putting value-based care into practice. The Economist Intelligence Unit Limited; 2016.
- Nilsson K, Bååthe F, Erichsen Andersson A, Sandoff M. The need to succeed - learning experiences resulting from the implementation of value-based healthcare. Leadersh Heal Serv (Bradf Engl). 2018;31(1):2-16. DOI: 10.1108/LHS-08-2016-0039.
- Valencia Mayer C. Atención en salud basada en el valor. Rev Salud Bosque. 2019;9(1):107-11. DOI: 10.18270/rsb.v9i1.2647.
- Porter ME. Value in Health Care. Supplementary Appendix 1 to: What is Value in Health Care? N Engl J Med. 2010;363(26).
- Porter ME. Measuring Health Outcomes: The Outcome Hierarchy. Supplementary Appendix 2 to: What is Value in Health Care? N Engl J Med 2010;363(26).
- Porter ME, Lee TH. From volume to value in health care: The work begins. JAMA. 2016;316(10):1047-8. DOI: 10.1001/jama.2016.11698.

27. Porter ME, Larsson S, Lee TH. Standardizing Patient Outcomes Measurement. *N Engl J Med*. 2016;374(6):504-6. DOI: 10.1056/NEJMp1511701.
28. Porter ME. What is Value in Health Care? *N Engl J Med* 2010;363(26):2477-81. DOI: 10.1056/NEJMp1011024.
29. International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM). Standard Sets. Boston: ICHOM; 2019 [citado 2019 nov 12]. Disponible en: <https://www.ichom.org/standard-sets/>.
30. PROMIS. HealthMeasures; 2019 [citado 2019 nov 12]. Disponible en: <http://www.healthmeasures.net/explore-measurement-systems/promis>.
31. Williamson PR, Altman DG, Bagley H, Barnes KL, Blazeby JM, Brookes ST, et al. The COMET Handbook: version 1.0. *Trials*. 2017;18(Suppl 3):280. DOI: 10.1186/s13063-017-1978-4.
32. Kaplan RS, Anderson SR. Time-Driven Activity-Based Costing. *Harv Bus Rev*. 2004;82(11):131-8.
33. Bohmer RM. The Four Habits of High-Value of Health Care Organizations. *N Engl J Med*. 2011;365(22):2045-7. DOI: 10.1056/NEJMp1111087.
34. Ramdas K, Teisberg E, Tucker A. Four Ways to Reinvent Service Delivery. *SSRN Electron J*. 2012;90(12). DOI: 10.2139/ssrn.2335946.
35. Colombia. Cuenta de Alto Costo Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Boletín Especial: 2007-2017 Cuenta de Alto Costo, 10 Años Sumando Esfuerzos. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social; 2017.
36. Holve E. Leveraging Consumer Health IT to Incentivize Engagement and Shared Accountability in Value-Based Purchasing. En: Edmunds M, Hass C, Holve E, editores. *Consumer Informatics and Digital Health*. Cham: Springer International Publishing; 2019. p. 289-304.
37. Hwang J, Christensen CM. Disruptive innovation in health care delivery: A framework for business-model innovation. *Health Affairs (Millwood)*. 2008;27(5):1329-35. DOI: 10.1377/hlthaff.27.5.1329.
38. Institute of Medicine (US). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington D.C.: The National Academies Press; 2001.
39. Ekman I, Swedberg K, Taft C, Lindseth A, Norberg A, Brink E, et al. Person-Centered Care — Ready for Prime Time. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2011;10(4):248-51. DOI: 10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008.
40. de Silva D. *Helping measure person-centred care. A review of evidence about commonly used approaches and tools used to help measure person-centred care*. London: The Health Foundation; 2014
41. McMillan SS, Kendall E, Sav A, King MA, Whitty JA, Kelly F, et al. Patient-Centered Approaches to Health Care : a systematic review of randomized controlled trials. *Med Care Res Rev*. 2013;70(6):567-96. doi: 10.1177/1077558713496318.
42. World Health Organization (WHO). *Framework on integrated, people-centred health services*. New York: WHO; 2016
43. Nilsson K, Bååthe F, Erichsen-Andersson A, Sandoff M. Value-based healthcare as a trigger for improvement initiatives. *Leadersh Health Serv*. 2017;30(4):364-77. doi: 10.1108/LHS-09-2016-0045.
44. Nancarrow SA, Booth A, Ariss S, Smith T, Enderby P, Roots A. Ten principles of good interdisciplinary team work. *Hum Resour Health*. 2013;11:19. doi: 10.1186/1478-4491-11-19.