



IESE
Business School
University of Navarra

**Executive
Education**

Sanidad

Research Paper

ATENCIÓN SANITARIA BASADA EN RESULTADOS PARA LA NUEVA ERA SANITARIA

Núria Mas y Gerard Masllorens

Industry Meetings

Help create the future of your Industry

Research Paper

Núria Mas y Gerard Masllorens
Sector sanitario | 2016 - 2017

ATENCIÓN SANITARIA BASADA EN RESULTADOS PARA LA NUEVA ERA SANITARIA

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	7
1. ATENCIÓN SANITARIA BASADA EN RESULTADOS	8
2. PACIENTES COMPROMETIDOS	10
3. LA INFORMACIÓN ES UN ELEMENTO DE CAMBIO	15
4. ATENCIÓN INTEGRAL	18
5. PAGOS BASADOS EN RESULTADOS	20
CONCLUSIONES	23
APÉNDICE. METODOLOGÍA	26
REFERENCIAS	28
CITAS	30

INTRODUCCIÓN

Está a punto de comenzar una nueva era para la atención sanitaria. Desde hace mucho tiempo, sabemos que tres grandes desafíos —las presiones financieras, una población envejecida y la explosión de la información— nos están forzando a reconsiderar el modo en que proporcionamos asistencia sanitaria y, sin embargo, los avances en este sentido han sido mínimos. Las presiones financieras están obligando a nuestras sociedades a mejorar la solvencia de nuestros sistemas de salud en un momento en que el envejecimiento rápido está cambiando las necesidades de la población: las economías avanzadas están dedicando entre el 70 y el 80% del total de sus gastos destinados a la atención sanitaria al tratamiento de pacientes con, al menos, una enfermedad crónica. Las enfermedades crónicas requieren de un enfoque integrado hacia el paciente, lo que es incompatible con la separación existente entre la atención primaria y la especializada, así como con la división, aún mayor, entre la asistencia sanitaria y la social. Todo esto sucede en un entorno de creciente complejidad del conocimiento, acentuada por el volumen, la variedad y la velocidad de la producción actual de *big data*.

Este ocasional paper, en el contexto de los Encuentros del Sector Sanitario del IESE, persigue contribuir al debate y diálogo de las cuestiones que están marcando la evolución y tendencias de la industria sanitaria. Los Encuentros Sectoriales del IESE son un foro de intercambio de conocimiento y experiencias entre académicos, líderes empresariales y responsables de las administraciones públicas.

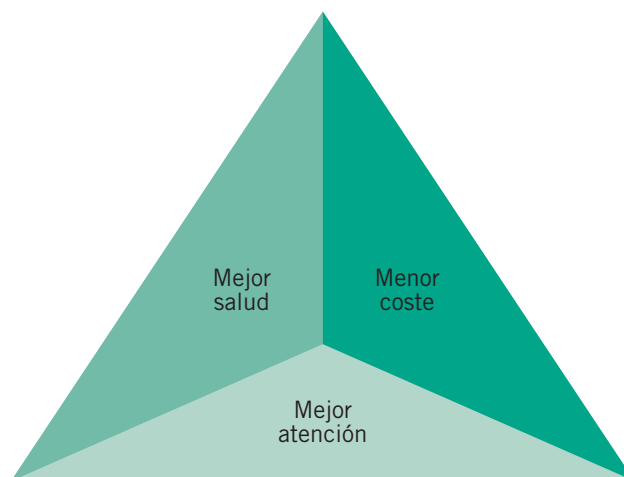
1. ATENCIÓN SANITARIA BASADA EN RESULTADOS

A la luz de esta nueva realidad, una idea novedosa (introducida por Berwick, Nolan y Whittington en 2008)¹ está ganando terreno. Se trata de la posibilidad de lograr tres objetivos interrelacionados entre sí y conocidos como el triple objetivo: mejorar la salud de la población, ofrecer una mejor atención a los pacientes y reducir los costes de los tratamientos.

Parte de su atractivo radica, en primer lugar, en el hecho de que sabemos que **es posible**: por ejemplo, un informe del U. S. Institute of Medicine, titulado *Best Care at Lower Cost: The Path to Continuously Learning Health Care in America* (2012)², averiguó que el 30% del gasto en salud en Estados Unidos no dio lugar a una mejor atención, lo que indica que existía un gran margen de mejora. Otro estudio que compara el funcionamiento en los hospitales de un grupo seleccionado de tecnologías médicas en varios países de la OCDE (Erlandsen, 2008)³ también descubrió un potencial de ahorro significativo, de entre un 23 y un 44%. Un último ejemplo son las conocidas diferencias en el funcionamiento en distintas regiones, señaladas por el *Dartmouth Atlas of Health Care* o el *Atlas de Variaciones en la Práctica Médica*.

Para que el triple objetivo se haga realidad, necesitamos tener una visión integral de la salud de la población, centrada en las vías médicas, que realice un seguimiento del paciente a lo largo de todo el proceso y que tenga en cuenta un enfoque integrado que abarque desde el paciente hasta la entidad pagadora, incluyendo todos los proveedores, la industria y todos los demás participantes (tradicionales y no tradicionales) en este mercado. Para lograrlo, sin embargo, un paso crucial es cambiar la forma en que concebimos nuestros sistemas sanitarios y **avanzar hacia una asistencia basada en resultados, en la que el foco principal del debate vuelve a la esencia de cualquier sistema sanitario: la salud de la población**. Dado el dinero que gastamos en ella, la atención debe centrarse no tanto en los costes sanitarios como en tratar de obtener el mejor resultado posible para la salud de la población, teniendo en cuenta lo que estamos gastando.

FIGURA 1: EL TRIPLE OBJETIVO



Núria Mas and Gerard Masllorens, "Outcome based healthcare for the new healthcare era", IESE Business School, OP-286-E, 2016.

La atención sanitaria basada en resultados ya se está aplicando

Hay, cada vez, un mayor consenso sobre la importancia de adoptar un enfoque basado en resultados con el fin de lograr un sistema sanitario financieramente sostenible, y muchos países han comenzado a desarrollar iniciativas en este sentido. Algunos ejemplos son los siguientes:

- Estados Unidos:** en 2010, con la aplicación de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (PPACA, por sus siglas en inglés), el triple objetivo se convirtió en parte de la estrategia nacional de Estados Unidos para la asistencia sanitaria. En enero de 2015, Sylvia M. Burwell, ministra de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, anunció⁴ la intención de su departamento de «usar incentivos para motivar una atención de mayor valor, vinculando cada vez más los pagos al valor a través de modelos alternativos de pago; cambiando la forma en que se ofrece atención sanitaria mediante un mayor trabajo en equipo e integración, una coordinación más eficaz de los profesionales del ámbito sanitario en diferentes contextos y una mayor atención a la salud de la población por su parte; y aprovechando el poder de la información para mejorar la asistencia a los pacientes». También comunicó el objetivo de que «el **85%** de todos los pagos de Medicare en la modalidad de tarifa por servicio **se vinculasen a la calidad** o el valor antes del año 2016, y, el **90%**, antes de 2018. Y lo que es, quizá, aún más importante: nuestro objetivo es que el 30% de los pagos de Medicare se vinculen a la calidad o el valor a través de modelos alternativos de pago antes de finales de 2016, y el **50% de los pagos**, antes de finales de 2018» (negrita añadida).
- Suecia:** en 2009, introdujo un pago por episodio para el trasplante de cadera y rodilla, donde se recibe una parte del pago (3,2%) sólo si el profesional de la salud logra un resultado previamente acordado. Los resultados fueron muy alentadores, con una reducción del 20% en las complicaciones posoperatorias y una disminución general de las inversiones del país en trasplantes de rodilla. El pago por episodio se está extendiendo a otras cirugías.

- Reino Unido:** este país está llevando a cabo diferentes pruebas para introducir el sistema sanitario basado en resultados. Como caso de estudio, Oxfordshire Clinical Commissioning Group ha presentado un sistema de salud mental basado en resultados⁵. La prueba empezó con la definición de los resultados que son importantes para las personas con problemas de salud mental en Oxfordshire (se realizó una primera ronda de discusiones con expertos y una segunda ronda con todos los grupos de interés). Una vez que se obtuvo consenso sobre los resultados que debían tenerse en cuenta, entre 2013 y 2014 se introdujo un nuevo modelo de financiación de capitación, donde los proveedores recibirían el 80% del valor total del contrato de capitación y otro 20% estaría vinculado a la consecución de los resultados.

La **Figura 2** muestra las respuestas de un grupo de especialistas de la salud que participaron en el 22 Encuentro del sector sanitario en el IESE el 27 de octubre de 2015, cuando se les preguntó acerca de lo que significaba para ellos la asistencia sanitaria basada en resultados.

FIGURA 2. OPINIONES DE LOS EXPERTOS: ¿QUÉ SIGNIFICA LA ATENCIÓN SANITARIA BASADA EN RESULTADOS?



Fuente: nube de palabras elaborada por los autores con base en las opiniones de los expertos asistentes al 22 Encuentro del sector sanitario, IESE.

2. PACIENTES COMPROMETIDOS

A partir de sus respuestas y también por consenso general, destacan varios temas:

Compromiso de los pacientes. El paciente juega un papel central y es clave a la hora de decidir cuáles son los resultados más relevantes que deben considerarse. Los pacientes estarán en el centro de la asistencia sanitaria, pues tendrán desde la capacidad de decidir los resultados hasta la de gestionar libremente sus propias enfermedades o afecciones.

Mediciones, datos y transparencia. La información va a cambiar las reglas del juego. Los expertos estiman⁶ que cada persona generará un millón de *gigabytes* de datos relacionados con la salud a lo largo de su vida. Esto lo cambia todo, desde las pruebas de detección de los test de fármacos hasta las técnicas de prevención y diagnóstico. La recogida exitosa y el análisis de estas enormes cantidades de datos son claves para la transición hacia un sistema de salud basado en resultados.

Atención integral. La estrecha cooperación e integración entre todos los profesionales de la salud son necesarias para ofrecer un tratamiento completo al paciente. Las vías de atención integral ayudarán no sólo a realizar un seguimiento de los pacientes en el transcurso de su enfermedad, sino que también cambiarán la organización del mercado. Tanto los profesionales como los proveedores de servicios sanitarios tienen que adaptarse a este nuevo paradigma, por lo que deben surgir asociaciones y nuevas estrategias de negocio.

Pagos basados en resultados. Los pagos deben ser diseñados de tal manera que ayuden a consensuar los incentivos de todos los grupos de interés. Cuanto más se centren nuestros sistemas sanitarios en el resultado, más probable será que pasen de ser pagos por servicio a ser pagos basados en resultados.

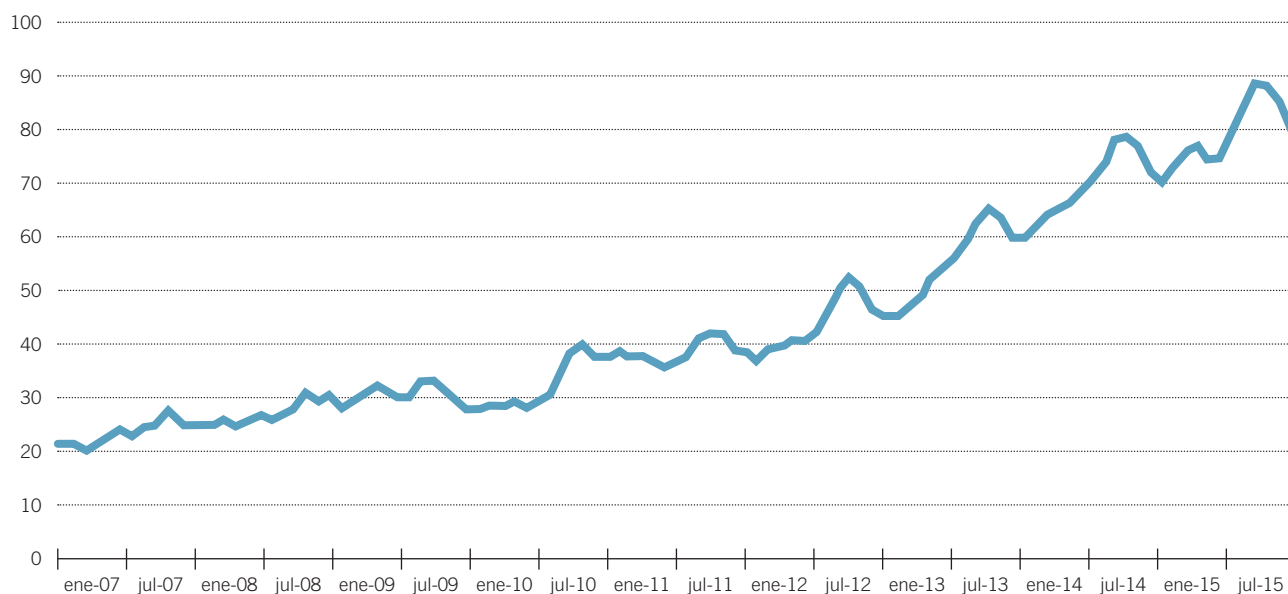
En este documento, vamos a utilizar las cuatro dimensiones anteriores para evaluar la situación de la asistencia sanitaria basada en resultados en diferentes países europeos.

Un paso clave para lograr el triple objetivo radica en maximizar la participación del paciente. Existe una amplia literatura que relaciona el compromiso del paciente con su comportamiento⁷. Un estudio que incluyó a casi 25.000 pacientes adultos en Minnesota⁸ averiguó que la activación del paciente estaba asociada a una amplia gama de resultados relacionados con la salud y la adherencia al tratamiento. Por otra parte, investigaciones recientes también han vinculado a los pacientes más activados con la reducción de los costes de la asistencia sanitaria⁹. A la luz de tal evidencia, no es de extrañar que el compromiso del paciente haya estado en el centro de la reforma sanitaria desde hace algunos años, y, muchos países, hayan desarrollado iniciativas en este sentido.

A pesar de que el **compromiso del paciente** incluye un amplio conjunto de acciones, es posible dividir las en dos grandes grupos: **toma de decisiones compartida**—definición de los resultados, decisión conjunta sobre los tratamientos, mediciones de los resultados percibidos por los pacientes (PROM, por sus siglas en inglés)— y **cuidado autónomo** (véase «pacientes activados» a continuación).

Cuando se habla de la toma de decisiones compartida, habría que distinguir entre las **decisiones individuales y las colectivas**. Las primeras consisten en proporcionar información relevante a un paciente individual sobre los diferentes tratamientos posibles (incluyendo sus efectos secundarios) y **decidir conjuntamente** cuál es el más adecuado. Las segundas consisten en incluir a los pacientes **en la elaboración de las políticas**. En este tipo de toma de decisiones, se encuentran los grupos focales para decidir qué resultados se deberían marcar como objetivo y las PROM llevadas a cabo en el Reino Unido y Suecia, las cuales ayudan a poner al paciente en el centro de las evaluaciones de los hospitales.

FIGURA 3. BÚSQUEDA EN GOOGLE DE «CÓMO CURAR», EN ESPAÑA



Fuente: gráfico elaborado por los autores basándose en información de Google Trends. Último acceso: febrero de 2016.
Media móvil: tres meses.

Las políticas de autocuidado consisten en ayudar a los pacientes a **cuidar mejor de sí mismos**. Tales acciones pueden estar dirigidas a la población en general o a grupos específicos, como los enfermos crónicos. Entre las primeras, se incluyen las políticas de prevención, tales como el fomento de una dieta saludable o la actividad física, así como la asistencia remota a través de Internet o por teléfono. Por ejemplo, al examinar las tendencias de Google para España, hemos descubierto que la búsqueda de las palabras «Cómo curar» alcanza un pico anual en agosto o cerca de ese mes, cuando la mayoría de la gente está de vacaciones y no puede ir al médico. En este sentido, **resulta clave asegurarse de que exista una fuente de información sanitaria buena, fiable y disponible las veinticuatro horas durante los siete días de la semana**.

También se ha demostrado que el cuidado personal optimiza el uso del sistema sanitario, como la tasa de hospitalización o el reingreso antes de 30 días de pacientes crónicos^{10,11,12}. Por ejemplo, en **Cataluña (España)**, el cuidado autónomo es promovido a través del Programa Paciente Experto Cataluña (Programa

Pacient Expert Catalunya). Un paciente experto es una persona que sufre una enfermedad crónica, es capaz de asumir la responsabilidad de esa enfermedad y su propio cuidado y está dispuesta a ello. El objetivo del programa¹³ es el fomento «del cuidado personal, la corresponsabilidad y la autonomía de las personas que tienen una enfermedad crónica». Se trata de una iniciativa multidisciplinar basada en la colaboración entre los pacientes y los profesionales. En California, el **Stanford Patient Education Research Center** (que forma parte del Departamento de Medicina de la Stanford University School of Medicine) ha estado trabajando durante más de treinta años enfocándose en los pacientes «con problemas crónicos de salud, así como los que han superado el cáncer, y sus cuidadores», para «ayudar a las personas a ganar confianza en su capacidad para controlar sus síntomas, gestionar mejor sus problemas de salud y llevar una vida más completa»¹⁴. Este tipo de programas son una práctica común también en otros países, y los pacientes que participan en ellos son llamados **pacientes activados**.

Cuadro 1. Método de la activación del paciente (PAM)

En 2004, Judith H. Hibbard et al.¹⁵ desarrollaron un método para medir la activación del paciente, llamado PAM (*Patient Activation Measurement*). Este método consiste en un cuestionario de 13 ítems (véase la Figura 4) y permite que los pacientes puedan clasificarse en alguno de los siguientes cuatro grupos:

- Nivel 1: desentendido y abrumado. Personas pasivas y con falta de confianza. Cuenta con pocos conocimientos, sus propósitos son débiles y su adherencia [al tratamiento], pobre. Su perspectiva es: “Mi médico es el encargado de mi salud”.
- Nivel 2: en proceso de toma de conciencia. Personas que tienen algunos conocimientos, pero con dificultades. Consideran que la salud está fuera de su control, pero pueden establecer metas simples. Su perspectiva es: “Podré estar mejor”.
- Nivel 3: paso a la acción. Estos individuos tienen claves para construir habilidades de autocuidado. Se esfuerzan por conseguir un mejor comportamiento práctico, y están orientados a objetivos. Su perspectiva es: “Soy parte del grupo que cuida mi salud”.
- Nivel 4: mantenimiento de la conducta y esforzándose aún más. Estos individuos han adoptado nuevos comportamientos, pero pueden tener dificultades en momentos de estrés o cambio. Su clave es mantener un estilo de vida. Su perspectiva es: “Yo soy mi propio defensor”.

El estar en el nivel superior de la activación del paciente no sólo **implica mayor confianza y compromiso, sino también mejores resultados clínicos y reducción de los costes**. Según las estimaciones¹⁶ realizadas por Hibbard, Greene y Overton (2013), los pacientes situados en los niveles

más bajos de activación cuestan un 21% más que los que están en los niveles más altos (en los seis primeros meses a partir del año de referencia).

El PAM se ha utilizado ya en varios países:

- En Estados Unidos, un estudio llevado a cabo en el Boston Medical Center¹⁷ mostró que los pacientes del nivel 2 tenían un 50% más de probabilidad de ser reingresados dentro de los 30 días posteriores a haber salido del hospital en comparación con los pacientes del nivel 4. Con base en esta evidencia, los Centros de los Servicios Medicare y Medicaid ordenaron que hospitales de más de 30 estados usaran el PAM con el fin de apoyar a los pacientes cuando saliesen del hospital.¹⁸
- En el Reino Unido, The Health Foundation puso en marcha el programa Co-Creating Health¹⁹ para “demostrar que el aumento de la autogestión de los pacientes crónicos, con el apoyo necesario, conduce a mejores resultados en materia de salud”. El programa consistía en instruir a los médicos a mejorar sus habilidades de toma de decisiones compartidas, a animar a los pacientes crónicos para que autogestionaran sus enfermedades, y en mejorar la eficacia de las organizaciones sanitarias a la hora de facilitarles un papel más activo a los pacientes. El programa dio como resultado mejoras en las puntuaciones del PAM.
- Por último, de nuevo en Estados Unidos, una gran compañía de seguros llama a los pacientes que han sido diagnosticados recientemente de cáncer y les pide que hagan el cuestionario PAM. A los pacientes cuya puntuación los sitúa en el nivel 1 o en el 2, se les asigna un coach para ayudarlos. Este enfoque no sólo ahorra costes, sino que también aumenta el nivel de satisfacción del paciente.²⁰

FIGURA 4. CUESTIONARIO DE MEDICIÓN DE ACTIVACIÓN DEL PACIENTE, TRECE ÍTEMS

Nivel 1	Cuando se han considerado todas las opciones, yo soy la persona responsable del cuidado de mi salud
	Tener un papel activo en mi cuidado es el aspecto que más afecta a mi salud
Nivel 2	Estoy seguro de que puedo ayudar a prevenir o reducir mis problemas de salud
	Sé qué hace cada uno de los medicamentos que me han sido prescritos
	Estoy seguro de que puedo decidir si es necesario que vaya al médico o si puedo resolver el problema de salud por mí mismo
	Estoy seguro de que puedo contarle al médico mis preocupaciones, aunque él/ella no me pregunte
	Estoy seguro de que puedo continuar con el tratamiento médico de forma correcta en mi casa
Nivel 3	Comprendo mis problemas de salud y sus causas
	Se qué tratamientos están disponibles para mis problemas de salud
	He sido capaz de mantener los cambios en mi estilo de vida, como la alimentación adecuada o el ejercicio
Nivel 4	Sé cómo prevenir problemas en mi salud
	Estoy seguro de que puedo encontrar soluciones cuando surjan problemas nuevos en mi salud
	Estoy seguro de que puedo mantener cambios en mi estilo de vida, como la alimentación adecuada y el ejercicio, incluso en momentos de estrés

Fuente: elaboración propia, con base en Hibbard (2005)²¹

Participación de los pacientes en Europa

En este apartado y los siguientes vamos a calcular una puntuación de 0 a 1 para un grupo de países europeos seleccionados, para cada una de las dimensiones que definen un sistema de salud basado en resultados. En la conclusión vamos a proporcionar las puntuaciones totales de los países.

La Figura 5 presenta la puntuación para un grupo de países europeos en función de sus políticas de promoción de la participación del paciente.

FIGURA 5. PUNTUACIÓN DE COMPROMISO DEL PACIENTE PARA UN GRUPO SELECCIONADO DE PAÍSES EUROPEOS

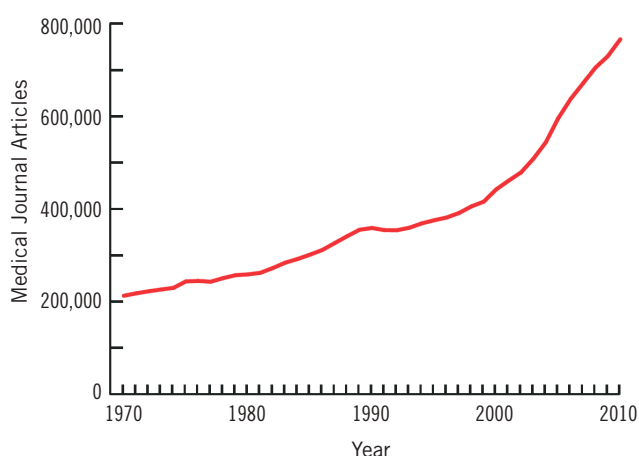
	Organización de pacientes involucrada en la toma de decisiones	Web o información sanitaria por teléfono 24/7 con interactividad	Compromiso del paciente
Austria	1	1	1
Bélgica	0,5	0,5	0,5
República Checa	0,5	0	0,25
Dinamarca	1	1	1
Finlandia	1	1	1
Francia	1	1	1
Alemania	1	1	1
Irlanda	0,5	0	0,25
Italia	0,5	1	0,75
Países Bajos	1	1	1
Portugal	1	1	1
España	0	1	0,5
Suecia	0,5	1	0,75
Reino Unido	0,5	1	0,75

Fuente: elaboración propia, con base en información del Health Consumer Powerhouse, Euro Health Consumer Index 2014. Véase el apéndice para más datos.

3. LA INFORMACIÓN ES UN ELEMENTO DE CAMBIO

Nos encontramos en un punto de inflexión en la historia de la asistencia sanitaria. En 2012, los datos relacionados con la salud representaban 500 petabytes (un *petabyte* son 10^{15} bytes). Se prevé que esta cifra se haya quintuplicado en el año 2020.²² Por otra parte, la tecnología está evolucionando para facilitar el análisis de estos datos. Estamos a punto de ser capaces de evaluar no sólo los datos estructurados «tradicionales», sino también enormes cantidades de datos de texto libre, imágenes de diagnóstico, etc. Dado que la asistencia sanitaria basada en valor está necesariamente basada en datos, las posibilidades que aportan grandes cantidades de datos para promover mejoras en la salud son enormes. Sin embargo, la promesa de esta explosión de datos no radica sólo en su volumen, sino, sobre todo, en la forma en que usemos los datos. La cantidad de nuevos conocimientos y el nivel de complejidad se han disparado, alcanzando niveles que desafían la capacidad cognitiva humana. Por ejemplo, el número de artículos de revistas en campos de investigación biomédica y clínica se ha cuadruplicado desde 1970. (Véase la Figura 6)

FIGURA 6. NÚMERO DE ARTÍCULOS PUBLICADOS EN REVISTAS MÉDICAS DESDE 1970 HASTA 2010



Fuente: Institute de Medicine (2012). *Best Care at Lower Cost: The Path to Continuously Learning Health Care in America*, p.74.

Cuando se contempla la asistencia sanitaria basada en resultados, el primer paso obvio necesario es **definir los resultados** que deben ser considerados. Tales resultados deben (a) medir la salud a lo largo de toda a enfermedad, desde la prevención hasta el diagnóstico, tratamiento y seguimiento; (b) ser ampliamente aceptado por los grupos de expertos: cuanto mayor sea el consenso que haya sobre ellos, mejor; (c) ser comparables entre los proveedores; (d) facilitar lo máximo posible la medición.

El segundo paso es utilizar los datos no sólo para ver lo que está sucediendo (es decir, para comparar los resultados), sino también para **comprender por qué** está sucediendo. Esto es crucial si queremos replicar una práctica exitosa de otro proveedor o sistema sanitario. Por lo tanto, también necesitamos información sobre el proceso.

Ya que la mejora no comienza cuando la información se obtiene, sino cuando se comparte, **la transparencia es fundamental**: facilita el aprendizaje, motiva a mejorar y proporciona información para tomar las mejores decisiones. *Stefan Larsson et al. (2012)*²³ sugieren que «al hacer transparentes los datos a los profesionales y al público, los registros bien gestionados permiten que los profesionales médicos participen en el aprendizaje continuo e identifiquen y compartan las mejores prácticas clínicas», lo que se traduce en mejores resultados y costes inferiores.

La transparencia de los datos relativos a la salud está aumentando en muchos países. En España, por ejemplo, las comunidades autónomas de Madrid y Cataluña tienen observatorios de salud, que publican datos sobre varios indicadores claves a nivel de hospital y de atención primaria, tales como la mortalidad, los reingresos a los 30 días y las tasas de vacunación infantil. Los principales objetivos de la publicación de los datos son la transparencia y la evaluación comparativa. Suecia también publica un informe anual en una serie titulada *Quality and Efficiency in Swedish Health Care – Regional Comparisons*. Cada informe cubre una amplia gama de áreas de salud y presenta un gran número de indicadores y comparativas, generalmente entre los diversos condados de Suecia. Los indicadores incluyen aspectos como la calidad de la atención, la esperanza de vida y las hospitalizaciones evitables, así como información de costes (por ejemplo, el coste por centro relacionado con el diagnóstico y el coste por contacto con el sistema de atención primaria).

Cuadro 2. Tecnologías digitales en el sistema de salud: ya no estamos en Kansas

Por Josep Valor, prof. de IESE de Sistemas de Información

En abril de 2011, la prestigiosa revista de investigación *Nature Biotechnology* publicó²⁴ un artículo que pasó desapercibido para mucha gente. El artículo utilizaba los datos proporcionados por los propios pacientes a través del portal web PatientsLikeMe para demostrar que, en sorprendente contraste con un estudio previo aceptado hasta el momento, el tratamiento con carbonato de litio no detenía el avance de la esclerosis lateral amiotrófica (ELA).¹ Debemos preguntarnos: en este ejemplo, si hay algo radicalmente diferente de lo que habían estado haciendo las tecnologías digitales para la salud desde su creación.

Los ordenadores se han utilizado para recopilar y analizar datos en el sector sanitario desde el momento en que empezaron a comercializarse. Han sido de gran valor para la práctica médica -como era de esperar-, ya que la medicina es una actividad para la que se necesita una gran cantidad de información. Hemos utilizado las tecnologías digitales para almacenar y gestionar grandes cantidades de información, ya sea (1) relacionada con el paciente, tales como la monitorización en tiempo real de las constantes vitales del enfermo y la gestión de las historias clínicas electrónicas, o (2) relacionada con el diagnóstico y el tratamiento, para ayudar a los médicos a decidir cómo tratar a los pacientes proporcionándoles la información disponible más reciente. La implementación de estas tecnologías en un sistema o una institución de salud sería muy sencilla si hubiera suficientes recursos económicos. No había ninguna desventaja obvia salvo, quizá, la necesidad de vigilar con mucha atención los datos para evitar alguna intrusión, de la misma manera en que debería protegerse de posibles intrusiones el archivo físico de los registros médicos.

La situación en 2016 es bastante diferente. Actualmente, con el uso de un dispositivo relativamente discreto, podemos recopilar datos de nuestras actividades diarias, incluyendo una serie de constantes vitales relacionadas con la salud que puede tener un gran valor para ayudar a los médicos a monitorizar y diagnosticar posibles enfermedades o, cuando se incorporen, para ayudar a los funcionarios de la salud pública en la detección precoz de tendencias y epidemias. Sin embargo, una importante cuestión gira alrededor de estas nuevas aplicaciones: ¿a quién pertenecen los datos? ¿El sistema de salud tiene derecho a saber cómo late mi corazón, a controlar mi frecuencia respiratoria o mi temperatura basal? ¿Cuál es el límite entre la privacidad y el bien

público? ¿Cuánta información valiosa está «oculta» en los dispositivos portátiles que llevan los corredores y ciclistas en el Central Park de Nueva York? El problema ético de la privacidad frente al bien público tiene que abordarse y debemos llegar a una conclusión, de la misma forma que se decidió que los radares eran necesarios aun cuando tomaran fotos nuestras y de cualquier otra persona que viajara con nosotros en el coche. Volvamos al ejemplo de la ELA: si los pacientes hubieran optado por no compartir los datos de la evolución de la enfermedad, no se podría haber llevado a cabo el estudio. En una enfermedad devastadora como la ELA, uno puede argumentar que los pacientes están dispuestos a compartir los datos para ayudar a los demás, pero entonces la siguiente pregunta es obvia: ¿cuánto podríamos aprender si se compartieran todos los datos sanitarios? La revolución en la asistencia sanitaria provocó la creación de un mundo digitalmente denso^{II}, que nos permitirá almacenar y analizar cantidades de información considerables a través de grandes bases de datos, de proporciones gigantescas.

La revolución digital también ofrece soluciones y plantea problemas en el otro extremo del espectro: el cuidado hiperpersonalizado. Actualmente, la medicina se ejerce básicamente mediante una atención personalizada (con suerte) hacia cada uno de nosotros por parte de nuestro médico internista, pero el tratamiento se lleva a cabo con un amplio espectro de medicamentos que no están hechos a nuestra medida. En poco tiempo, la realización de un mapa genético completo de un individuo costará unos pocos dólares, y seremos capaces de conocer inmediatamente la predisposición de una persona a sufrir ciertas enfermedades, así como las posibles reacciones a varios fármacos. Podremos diseñar fármacos muy específicos. Ante esta enorme complejidad en el diagnóstico y la prescripción, ¿serán los médicos los mejores intermediarios entre la enfermedad y el tratamiento? Del mismo modo que un piloto automático puede aterrizar un avión cuando los pilotos no tienen visibilidad, ¿podrá un «piloto automático» similar ejercer la medicina mejor que cualquier médico sobrecargado por una avalancha de información? Al parecer, esto es lo que ocurre en el caso de algunas enfermedades como el cáncer de pulmón y el de mama, al menos según los médicos de Memorial Sloan Kettering, que están probando el ordenador cognitivo de IBM conocido como «Watson».

La industria de la salud nunca será la misma: «Toto, me temo que ya no estamos en Kansas».

¹ La esclerosis lateral amiotrófica (ELA) es una enfermedad neurodegenerativa con un pronóstico muy negativo. Las alternativas de tratamiento son fundamentalmente paliativas, para tratar de retrasar su evolución. Teorías médicas aceptadas, respaldadas por un ensayo clínico, defendían que un medicamento específico, el carbonato de litio, retrasaba el avance de la enfermedad. Para que los resultados de un estudio llevado a cabo con pacientes voluntarios se acercaran, en términos de validez, al «estándar de oro» de los ensayos clínicos de doble ciego, los investigadores tuvieron que evitar el obvio muestreo parcial presente en algunas manipulaciones estadísticas, pero la conclusión fue clara y la práctica médica cambió.

^{II} «Densidad digital» es un término que se acuñó por primera vez en un artículo²⁵ de la revista *IESE Insight*, y se refiere al aumento de las conexiones e interacciones digitales, así como de la información intercambiada por unidad de actividad social.

Información y la transparencia en Europa

La Figura 7 proporciona una puntuación (basada en datos de la OCDE) para un grupo de países seleccionados en función de su recolección de datos, la disponibilidad y la utilización.

FIGURA 7. DATOS DE INFORMACIÓN Y TRANSPARENCIA DE PAÍSES EUROPEOS

	¿Existe información comparable publicada sobre la calidad de servicios suministrada por proveedores individuales?	Información sobre resultados clínicos	Información sobre el uso de procedimientos apropiados	Información sobre satisfacción del paciente	Información sobre experiencias del paciente	¿Se expone la información de un modo que permita la comparación entre proveedores?	Monitoreo de salud pública	Monitoreo de resultados del sistema de salud	Monitoreo de seguridad del paciente	Apoyo a la decisión del tratamiento del médico	Información y transparencia
Austria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bélgica	0,1	0,1	0	0	0	0,1	0,1	0	0,1	0,1	0,6
República Checa	0,1	0,1	0	0,1	0	0,1	–	–	–	–	0,4
Dinamarca	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0	0	0	0	0,6
Finlandia	0	0	0	0	0	0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,4
Francia	0,1	0	0,1	0	0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,7
Alemania	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0	0	0	0	0,6
Irlanda	0,1	0	0,1	0	0	0	–	–	–	–	0,2
Italia	0	0	0	0	0	0	–	–	–	–	0
Países Bajos	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0	0	0	0	0,6
Portugal	0	0	0	0	0	0	0,1	0,1	0,1	0	0,3
España	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Suecia	0,1	0	0	0	0	0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,5
Reino Unido	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	1

Fuente: elaboración propia, con base en información de la OCDE (2012 y 2013). Véase el apéndice para más datos.

4. ATENCIÓN INTEGRAL

Un enfoque integrado es un requisito obligatorio para lograr el triple objetivo. Existen pruebas de que la atención integral no sólo ofrece mejores resultados para los pacientes, sino que también explora y utiliza las sinergias derivadas de la suma de las partes de una manera que conduce a un **menor coste**²⁶. Se ha demostrado que los enfoques de atención integral basados en la población conducen a una mejor calidad de la atención y una mayor calidad de vida para las personas ancianas²⁷.

Sin embargo, la atención integral de personas con enfermedades crónicas es un desafío global, ya que a menudo requiere de un cambio transformacional en los sistemas sanitarios, con la **coordinación (integración)** entre **diferentes profesionales de la salud**. Desde hace algún tiempo, este concepto ha surgido en muchos planes de salud de todo el mundo:

- En 2010, el País Vasco (España) lanzó su *Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi*. Con ella, el Gobierno trabajó para transformar las organizaciones sanitarias de toda la región en modelos de atención más integrados, centrados en mejorar la calidad de la gestión de la asistencia a pacientes crónicos. Como piedra angular de la estrategia, el Gobierno creó una serie de organizaciones sanitarias integradas, con el fin de unificar la atención primaria y secundaria en una sola organización.
- Cataluña (España) es también líder en enfoques innovadores para la atención integrada. En 2011, el Departamento de Salud de Cataluña trabajó en el diseño de una nueva estrategia para ofrecer atención integral a la población a través de vías de atención integradas relacionadas con cuatro enfermedades crónicas (diabetes mellitus, insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y depresión). En febrero de 2014, este plan se amplió en el marco del Plan Interdepartamental de Atención e Interacción Social y Sanitaria (PIAISS), el cual implica la integración total de la atención social y sanitaria en ocho territorios piloto.
- En el Reino Unido, se han realizado varias pruebas destinadas a unificar la atención sanitaria. Por ejemplo, en 2001, un proyecto en el noroeste de Londres «dirigido a integrar atención primaria, cuidados intensivos, comunitarios, de salud mental y asistencia social a las personas con diabetes y/o de más de 75 años a través de la planificación de la atención y las revisiones de casos multidisciplinarios, así como compartiendo información y apoyando la gestión de proyectos»²⁸.

El desarrollo de un modelo de atención integral, sin embargo, no es una tarea fácil. Se requiere de una estrecha cooperación entre personas y organizaciones que han estado operando por separado durante mucho tiempo. Estas son algunas de las principales recomendaciones que se deben implementar para alcanzar este objetivo:

- **Los legisladores deberían promover** la idea desde su posición de liderazgo facilitando la **cooperación entre los departamentos** que prestan servicios a personas con necesidades complejas. La transformación también debería implicar un enfoque diferente de la financiación de la asistencia sanitaria (véase el apartado 5). Sin embargo, los esfuerzos no deben realizarse sólo de arriba abajo: la **participación de los proveedores, profesionales de la salud, pacientes y todos los grupos de interés es crucial**.
- **Los proveedores y los profesionales de la salud deben adoptar** la idea de la atención integral y **adaptarla a sus propias necesidades**. Por ejemplo, en el modelo catalán analizado anteriormente, el Gobierno proporcionó algunos elementos centrales de cada vía de atención, pero después llegó el momento de que los actores locales utilizaran estos elementos clave y luego añadiesen elementos ad hoc para aplicar la vía en su propio territorio.
- **La tecnología es clave**, ya que permite la creación de **registros clínicos compartidos** y un **flujo regular de información entre los diferentes proveedores y entre éstos y los pacientes**.

Atención integral en Europa

La Figura 8 proporciona muestra la puntuación para un grupo de países europeos en función de sus políticas de promoción de la atención integrada.

FIGURA 8. PUNTUACIÓN DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA LOS PAÍSES EUROPEOS SELECCIONADOS

	¿Se usan habitualmente programas de gestión de enfermedades?	¿Se usan habitualmente programas de gestión de casos para pacientes con condiciones complejas que requieren de cuidado crónico?	¿Transfieren o intercambian médicos información por vía electrónica para diagnóstico o tratamiento con otros proveedores sanitarios?	Intermediación	Registro de información socioeconómica del paciente	Registro de cuestiones psicosociales o culturales clínicamente relevantes	Prevención	Atención integral
Austria	0	0	0,5	0	0	0	0,05	0,08
Bélgica	1	1	0,5	0	0	1	0,36	0,62
República Checa	1	0	0,5	0,5	–	0	0,14	0,27
Dinamarca	1	1	0,5	1	0,5	0	0,19	0,60
Finlandia	0	0	1	1	0	0	1,00	0,43
Francia	0	0	0,5	0,5	0	0	0,07	0,15
Alemania	1	0	1	0	0	0	0,33	0,33
Irlanda	0	0	0,5	1	–	0	–	0,30
Italia	–	–	0,5	1	–	0	0,29	0,45
Países Bajos	1	0	0,5	1	–	0	0,36	0,48
Portugal	1	1	0,5	1	0	0	0,00	0,50
España	0	1	1	1	0	0	0,10	0,44
Suecia	0	0	1	1	0	0	0,33	0,33
Reino Unido	1	1	0,5	1	0	0	–	0,58

Fuente: elaboración propia, con base en datos de la OCDE. Véase el apéndice para más datos

5. PAGOS BASADOS EN RESULTADOS

La manera en que organizamos nuestros sistemas de salud y la prestación de servicios sanitarios se modificará, porque cambiará el modo en que pagamos por esos servicios.

En todo el mundo, cada vez más iniciativas están sustituyendo la tarifa por servicio por un sistema de pago más basado en el valor. Podemos considerar tres tipos principales de pago:

- **Tarifa por servicio:** se paga una cantidad predeterminada por cada servicio personalizado proporcionado. Este modelo es el más utilizado tradicionalmente y podría ser apropiado para lesiones simples que tienen una baja variación en el coste por episodio y una baja frecuencia de episodios. Sin embargo, este modelo se centra más en la **cantidad que en la calidad** y, cuando se utiliza para enfermedades complejas, eleva los costes, al fomentar la utilización de la cantidad máxima de tratamiento disponible. Además, este esquema no da incentivos para la prevención de futuros episodios relacionados con la enfermedad.
- **Pago en conjunto:** se ofrece un precio de conjunto total que cubre toda la asistencia dada a un paciente durante su enfermedad. Un ejemplo es el programa implementado por OrthoChoice en el Condado de Estocolmo en 2009 para los trasplantes de cadera y rodilla. El episodio de atención incluye una visita antes de la operación, la cirugía en sí, una prótesis, radiografías después de la cirugía, la rehabilitación de los pacientes y el seguimiento dentro de los tres meses siguientes a la operación. Dos años después, el programa mostró un menor coste y una disminución del 20% en las complicaciones. En abril de 2013, el programa de Medicare de Estados Unidos inició la iniciativa de pagos en conjunto para

la mejora de la asistencia (BPCI, por sus siglas en inglés). Esta iniciativa pone a prueba cuatro modelos diferentes en función de los episodios de atención: el primer modelo se centra en la atención hospitalaria y los otros tres en la atención recibida después de salir del hospital. Los pagos en conjunto pueden **evitar el tratamiento innecesario** dentro de un episodio de atención. Por otra parte, están diseñados para **fomentar la coordinación** entre los proveedores, ya que el conjunto puede incluir servicios de diferentes proveedores. También mejora la responsabilidad de éstos respecto a la calidad de la atención, proporcionando incentivos para mejorar el valor (es decir, para reducir las complicaciones). Sin embargo, este modelo no ofrece incentivos específicos para la prevención.

- **Capitación:** se trata de un pago único para cubrir todos los servicios que necesitan los pacientes durante un período específico de tiempo, independientemente de la cantidad de tratamiento que implique. Este modelo está diseñado para resolver los problemas de pago en conjunto: a la vez que mantiene todas las ventajas del pago en conjunto, también evita la repetición de futuros episodios relacionados con la afección. Los pagos de capitación trasladan el riesgo de las aseguradoras a los proveedores. Los pagos por capitación para poblaciones seleccionadas se están expandiendo en el Reino Unido. El condado de Bedfordshire adoptó un paquete de pago para los pacientes con trastornos musculoesqueléticos, para lo que seleccionó un proveedor líder con un contrato de capitación de cinco años y una remuneración basada en los resultados. Cambridgeshire hizo lo mismo al elegir un proveedor líder para ofrecer servicios a las personas mayores y proporcionar cuidados intensivos y comunitarios integrados.

FIGURA 9. SISTEMAS DE FINANCIACIÓN

	Pago por servicio	Pago en conjunto	Capitación
¿Evita servicios innecesarios durante un episodio?	No	Sí	Sí
¿Fomenta la coordinación de proveedores múltiples?	No	Sí	Sí
¿Fomenta la prevención?	No	No	Sí
¿Facilita una comparación de los costes de diferentes proveedores?	No	Sí	Sí

Fuente: elaboración propia, con base en Miller (2009).²⁹

Por último, vale la pena señalar que, en los dos últimos modelos de pago, es común encontrar una **parte fija más una parte variable** que se pagará en función de la consecución de determinados resultados. Esto se conoce como un modelo de **pago por rendimiento (P4P)**. Por ejemplo, en el caso de OrthoChoice, la parte variable era de un 3,2% y, en el caso de Bedfordshire, la parte variable basada en los resultados fue de un 2,5%.

Estos nuevos modelos de pago representan una gran oportunidad para consensuar los incentivos de diferentes proveedores con la prestación de atención de alta calidad de una manera rentable, haciendo responsables del episodio sanitario completo a los diferentes proveedores. Sin embargo, esto también implica que una parte del **riesgo se traslada** de la aseguradora a los diferentes proveedores. Esto ha llevado a un aumento de los **acuerdos de riesgo compartido**.

Acuerdos de riesgo compartido (RSA, por sus siglas en inglés) son contratos que vinculan el pago a la consecución de determinadas actuaciones previamente acordadas, las cuales podrían ser resultados financieros, clínicos, o ambas cosas. Los RSA financieros se utilizan, generalmente, cuando los pagadores están preocupados por el volumen o la utilización de un determinado procedimiento o producto. Un ejemplo ha sido un caso

reciente de hepatitis C, en el que existía incertidumbre sobre el posible número de pacientes que podrían requerir tratamiento. Otro ejemplo ha sido el caso de Lucentis, un fármaco para un tipo de degeneración macular, donde había incertidumbre acerca del número de inyecciones que cada paciente podría necesitar. En este último caso, el proveedor del producto llegó a un acuerdo con el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido para que la compañía reembolsara a los hospitales en caso de que un paciente recibiera más de 14 inyecciones³⁰. Los RSA basados en el rendimiento se centran en objetivos de resultados. Para ellos es fundamental contar con un acuerdo sobre los indicadores que se deben evaluar, ya que el reembolso se vincula al resultado conseguido. Estos acuerdos funcionan mejor para los resultados que son fáciles de medir durante un cierto período de tiempo. En relación con este tipo de contrato, el proveedor garantiza ciertos resultados (por ejemplo, un nivel de colesterol concreto o una reducción de los reingresos a los treinta días). Si se logran los objetivos, el proveedor recibe el pago completo (en algunos casos, podría incluir una bonificación por rendimiento). Si no se alcanzan los objetivos, el proveedor es penalizado de acuerdo con un mecanismo preestablecido (por ejemplo, el proveedor podría no recibir el bono de desempeño).

Los pagos basados en resultados, en Europa

La **Figura 10** muestra las puntuaciones de un grupo de países europeos, basadas en sus sistemas de financiación.

FIGURA 10. PUNTUACIÓN DE FINANCIACIÓN EN LOS PAÍSES EUROPEOS SELECCIONADOS

	Atención primaria	Especialista	Financiación
Austria	0	0	0
Bélgica	1	0	0,5
República Checa	1	0	0,5
Dinamarca	1	–	1
Finlandia	1	0	0,5
Francia	0,5	0,5	0,5
Alemania	0	0	0
Irlanda	1	1	1
Italia	1	1	1
Países Bajos	1	0,5	0,75
Portugal	1	1	1
España	1	1	1
Suecia	1	1	1
Reino Unido	1	1	1

Fuente: elaboración propia, con base en datos de la OCDE (2014). Véase el apéndice para más datos

CONCLUSIONES

Una nueva era sanitaria está a punto de comenzar. En esta nueva situación, el deseo de lograr el triple objetivo de «una mejor salud, una mejor atención y un mejor uso de los recursos disponibles» está experimentando un gran impulso. En este recorrido, la forma en que podría llegar a proporcionarse asistencia sanitaria podría cambiar enormemente, y esto, sin duda, afectaría a todas las partes interesadas. Los pagadores están impulsando la transformación cambiando la forma en que se reembolsará la asistencia sanitaria, pero ninguna transformación sería posible sin la participación activa de todos los grupos de interés.

Los sistemas de salud, hospitales y centros de atención primaria y la industria podrían precisar la creación de alianzas para ofrecer atención basada en valores y responder a las nuevas exigencias de los modelos de pago por capitación o en conjunto. Es muy probable que el cambio requiera de una gran cantidad de datos y análisis sofisticados, y también que los pagadores entiendan todos los riesgos financieros que se asumen. Con estos nuevos incentivos de pago, es probable que la prestación de la atención cambie hacia un modelo de atención más integrada. Esto llevaría a los diferentes proveedores a pensar en el papel que quieren jugar en este nuevo modelo de negocio: ¿quién lo va a impulsar?

Un sistema de salud basado en resultados cambia completamente el panorama de la asistencia sanitaria para los pacientes, proveedores y pagadores, quienes tienen la necesidad de abrazar el nuevo sistema y caminar juntos con el objetivo común de maximizar el valor de la asistencia sanitaria.

Asistencia sanitaria basada en resultados en Europa

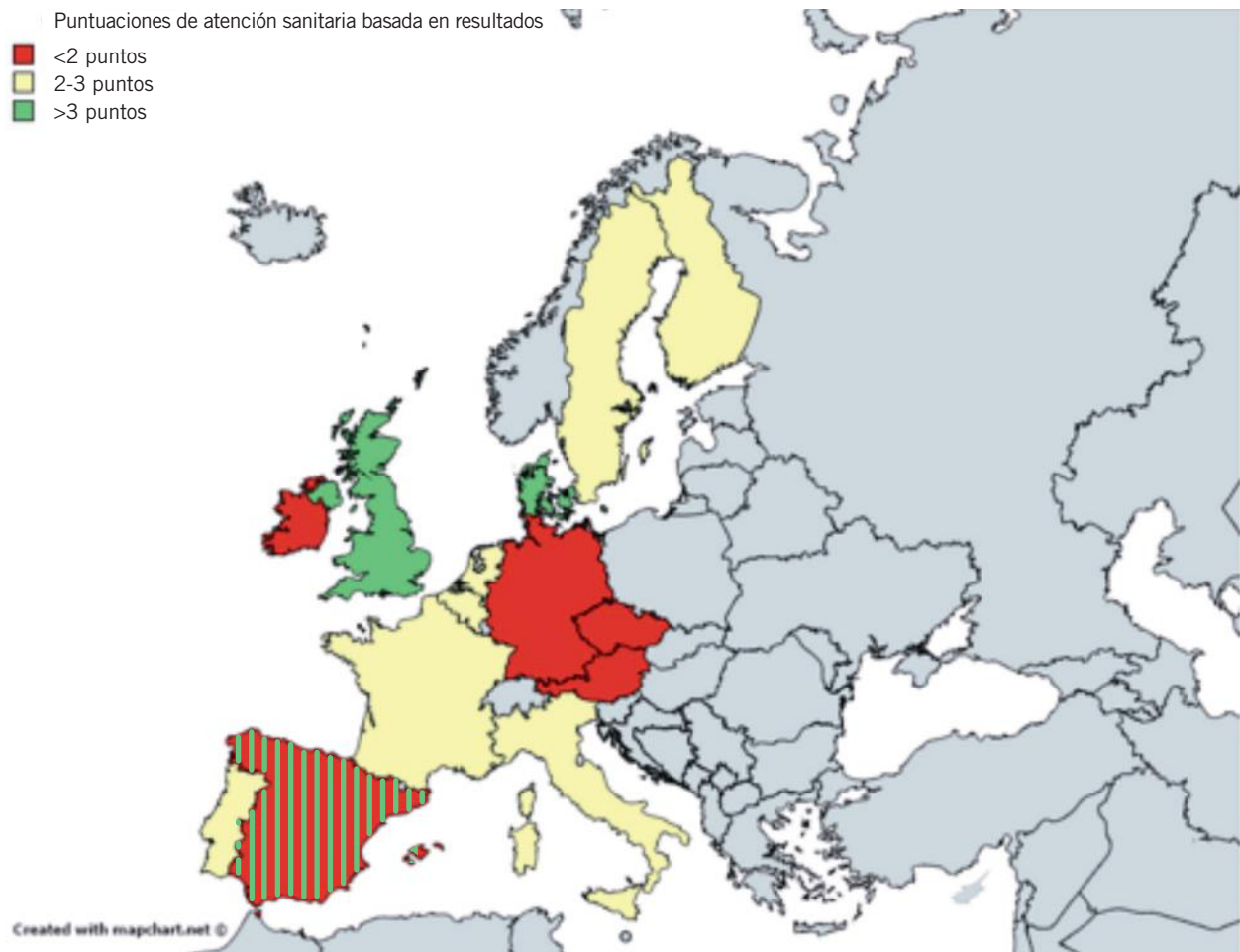
FIGURA 11. ASISTENCIA SANITARIA BASADA EN RESULTADOS PARA LOS PAÍSES EUROPEOS SELECCIONADOS

	Compromiso del paciente	Información y transparencia	Atención integral	Financiación	Asistencia sanitaria basada en resultados
Reino Unido	0,75	1,00	0,58	1,00	3,33
Dinamarca	1,00	0,60	0,60	1,00	3,20
Países Bajos	1,00	0,60	0,48	0,75	2,83
Portugal	1,00	0,30	0,50	1,00	2,80
Suecia	0,75	0,50	0,33	1,00	2,58
Francia	1,00	0,70	0,15	0,50	2,35
Finlandia	1,00	0,40	0,43	0,50	2,33
Bélgica	0,50	0,60	0,62	0,50	2,22
Italia	0,75	0,00	0,45	1,00	2,20
España*	0,50	0,00	0,44	1,00	1,94
Alemania	1,00	0,60	0,33	0,00	1,93
Irlanda	0,25	0,20	0,30	1,00	1,75
República Checa	0,25	0,40	0,27	0,50	1,42
Austria	1,00	0,00	0,08	0,00	1,08

Fuente: elaboración propia. Véase el apéndice para más datos

*España es un caso de estudio especial, debido a que el sistema sanitario español ha sido totalmente descentralizado, habiéndose transferido las competencias sanitarias a las comunidades autónomas. Esta descentralización se ha traducido en que diecisiete consejerías regionales de salud tienen competencias en la organización y la prestación de asistencia sanitaria de su respectiva comunidad autónoma. En este sentido, la puntuación dada en la **Figura 11** es una puntuación global para España, pero dentro del país, la puntuación puede diferir mucho de una comunidad autónoma a otra. Por ejemplo, en Cataluña, Madrid y el País Vasco, existen numerosos ejemplos de atención integral (véase el apartado 4 para una explicación detallada) y el compromiso del paciente (véase el apartado 2).

**FIGURA 12. MAPA DE PUNTUACIONES DE ATENCIÓN SANITARIA
BASADA EN RESULTADOS PARA LOS PAÍSES EUROPEOS**



Fuente: elaboración propia

APÉNDICE. METODOLOGÍA

Puntuación de compromiso del paciente

Los datos se han obtenido a partir del Euro Health Customer Index 2014 de Health Consumer Powerhouse. Más concretamente, hemos seleccionado la variable 1.2 («Las organizaciones de pacientes que participan en la toma de decisiones») y la variable 1.7 («Web o información sanitaria por teléfono las veinticuatro horas del día durante los siete días de la semana, con interactividad») a partir de la tabla de la página 24 del informe. Asignamos 1 punto si el país tiene una puntuación «Verde» (alta) en el informe, 0,5 si el país tiene una puntuación de «Amarillo» (media) y 0 si tiene una puntuación de «Rojo» (baja). La puntuación final de compromiso del paciente se calcula como el promedio de las dos variables seleccionadas y puede variar de 0 a 1.

Puntuación de datos y transparencia

Los datos se han obtenido de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). En concreto, se exponen las primeras seis variables de la tabla en las páginas 76 y 77 del informe *Competition in Hospital Services* (2012). Esta tabla indica si los diferentes países disponen o no de datos sobre los elementos en cuestión. Para cada elemento, 0,1 puntos equivalen a un «Sí», y 0 puntos, a un «No».

Las últimas cuatro variables se han obtenido a partir de la Tabla D.20, «Evaluación de la usabilidad de datos y usos secundarios actuales», incluida en la página 178 del informe de la OCDE *Strengthening Health Information Infrastructure for Health Care Quality Governance* (2013). En esta tabla se sigue un patrón similar al anteriormente mencionado; indica si cada país está utilizando los datos disponibles para los elementos o no. Para cada elemento, 0,1 puntos equivalen a un «Sí» y 0 puntos, a un «No».

El resultado final de cada país es la suma de las diez variables de la tabla y puede variar de 0 a 1.

Atención integral

Los datos se han obtenido a partir de fuentes de la OCDE. Más específicamente, las tres primeras variables se han obtenido a partir de la tabla 29 incluida en la página 66 del informe *Health Systems Institutional Characteristics* (2010). En este sentido, aplicamos la siguiente conversión con el fin de obtener una puntuación de 0 a 1 para todas las variables:

- «¿Se usan habitualmente programas de control de enfermedades?» Sí: 1 punto. No: 0 puntos.
- «¿Se usan habitualmente programas de gestión de expedientes o manejo de casos para los pacientes con enfermedades complejas que requieran de atención crónica?» Sí: 1 punto. No: 0 puntos.
- «¿Transfieren o intercambian los médicos información por vía electrónica con fines de diagnóstico o tratamiento con otros proveedores de atención médica?» Regularmente: 1. De vez en cuando: 0.5. En pocas ocasiones: 0.

La siguiente variable, control del acceso, se ha obtenido a partir de la pregunta 41, «¿Controlan los médicos de atención primaria el acceso a la atención especializada ambulatoria?», de la encuesta *OECD Health Committee Survey on Health Systems Characteristics* de 2012. La puntuación se da en función de las respuestas:

- 1 punto si la respuesta es «La recomendación del médico de atención primaria es obligatoria para acceder a la mayoría de los tipos de atención especializada (excepto en caso de emergencia)».
- 0,5 puntos si la respuesta es «Los pacientes tienen incentivos financieros para obtener una recomendación del médico de atención primaria (por ejemplo, la reducción de los copagos), pero el acceso directo siempre es posible».
- 0 puntos si la respuesta es «No hay necesidad y ningún incentivo para obtener la recomendación del médico de atención primaria».

Las variables quinta y sexta se han obtenido a partir de la tabla D.15, «Conjunto de datos mínimos definidos como parte del sistema nacional de EHR [*Electronic Health Record*]», situada en la página 173 del informe de la OCDE *Strengthening Health Information Infrastructure for Health Care Quality Governance* (2013). Esta tabla proporciona una respuesta de «Sí», «No» o «En alguna medida» para cada país, en función de si se dispone de datos sobre los elementos. A cada país se le asigna 1 punto por la respuesta «Sí», 0,5 puntos por «En alguna medida» y 0 puntos por «No».

La última variable, la prevención, se ha obtenido a partir de estadísticas de la OCDE. Esta variable es la proporción del gasto corriente en salud utilizada en la prevención en 2013. Para nuestro grupo de países, los rangos de variables originales oscilan entre el 1,7% de Portugal y el 5,9% de Finlandia. Con el fin de mantener nuestra puntuación de 0 a 1, hemos normalizado la variable de modo que el valor más bajo tiene una puntuación de 0 y el valor más alto tiene una puntuación de 1.

El resultado final es la media de todas las variables de la tabla y puede variar de 0 a 1.

Puntuación de financiación

Los datos sobre la atención primaria se han obtenido a partir de la pregunta 27d, «¿Cómo pagan los compradores claves a estos proveedores por los servicios de atención primaria?» de la Encuesta de Características del Sistema de Salud de la OCDE (2012) y estimaciones de la Secretaría (2014). La puntuación se da en función de las respuestas: «Capitación» o «Presupuesto global», 1 punto; «Pago por rendimiento», 0,5 puntos; «Pago por servicio», 0 puntos.

Los datos sobre los especialistas se han obtenido a partir de la pregunta 28c, «¿Cómo pagan los compradores clave a estos proveedores [especialistas ambulatorios]?» de la Encuesta de Características del Sistema de Salud de la OCDE (2012), y a partir de estimaciones de la Secretaría (2014). La puntuación se da en función de las respuestas: «Presupuesto global», 1 punto; «Pagar por rendimiento», 0,5 puntos; «Pago por servicio», 0 puntos.

Puntuación final

El resultado final varía de 0 a 4, y es la suma de todas las puntuaciones anteriores.

REFERENCIAS

1. Berwick, D. M., Nolan T. W., y J. Whittington (2008), «The Triple Aim: Care, Health, and Cost», *Health Affairs*, 27(3), pp. 759 769.
2. Smith, M. D. *et al.* (2012), *Best Care at Lower Cost: The Path to Continuously Learning Health Care in America*, Institute of Medicine of the National Academies.
3. Erlandsen, E. (2008), «Improving the Efficiency of Health Care Spending», *OECD Economic Studies*, 2(1), pp. 1 33.
4. Burwell, S. M. (2015), «Setting Value-Based Payment Goals: HHS Efforts to Improve U.S. Health Care», *The New England Journal of Medicine*.
5. Monitor y NHS England (27 de julio de 2015), «Outcomes-Based Payment for Mental Healthcare: An Introduction». Extraído de: www.gov.uk/guidance/outcomes-based-payment-for-mental-healthcare-an-introduction.
6. Haig Alexander Peter (*executive briefing consultant* en el IBM Research Laboratory, Zúrich) (27 de octubre de 2015), 20 Encuentro del sector sanitario en Barcelona.
7. Tabrizi, J. S., Wilson, A. J., y P. K. O'Rourke (2010), «Customer Quality and Type 2 Diabetes from the Patients' Perspective: A Cross-Sectional Study», *Journal of Research in Health Sciences*, 10(2), pp. 69-76.
8. Greene, J., y J. H. Hibbard (2012), «Why Does Patient Activation Matter? An Examination of the Relationships between Patient Activation and Health-Related Outcomes», *Journal of General Internal Medicine*, 27(5), pp. 520 526.
9. Greene, J. *et al.* (2015), «When Patient Activation Levels Change, Health Outcomes and Costs Change, Too», *Health Affairs*, 34(3), pp. 431 437.
10. Greene, J., y J. H. Hibbard (2012), «Why Does Patient Activation Matter? An Examination of the Relationships between Patient Activation and Health-Related Outcomes», *Journal of General Internal Medicine*, 27(5), pp. 520 526.
11. Remmers, C. *et al.* (2009), «Is Patient Activation Associated with Future Health Outcomes and Healthcare Utilization Among Patients with Diabetes?», *Journal of Ambulatory Care Management*, 32(4), pp. 320 327.
12. Begum N. *et al.* (2011), «Hospital Admissions, Emergency Department Utilisation and Patient Activation for Self-Management Among People with Diabetes», *Diabetes Research and Clinical Practice*, 93(2), pp. 260 267.
13. Programa Pacient Expert Catalunya, http://canalsalut.gencat.cat/ca/home_ciudadania/participacio/pacient_expert.
14. Stanford Patient Education Research Center, <http://patienteducation.stanford.edu>.
15. Hibbard, J. H. *et al.* (2004), «Development of the Patient Activation Measure (PAM): Conceptualizing and Measuring Activation in Patients and Consumers», *Health Services Research*, 39(4:1), pp. 1005 1026.
16. Hibbard, J. H., Greene, J., y V. Overton (2013), «Patients with Lower Activation Associated with Higher Costs; Delivery Systems Should Know Their Patients' 'Scores'», *Health Affairs*, 32(2), pp. 216 222.
17. Mitchell, S. E. *et al.* (2014), «Patient Activation and 30-Day Post-Discharge Hospital Utilization», *Journal of General Internal Medicine*, 29(2), pp. 349 355.
18. Hibbard, J. H., y H. Gilbert (2014), *Supporting People to Manage Their Health: An Introduction to Patient Activation*. Londres, The King's Fund.
19. Wallace, L. M. *et al.* (2012), *Co-Creating Health: Evaluation of First Phase*. Londres, The Health Foundation.
20. Hibbard, J. H. (2015), «Supporting Patient Activation to Achieve the Triple Aim», en N. Mas y W. Wisbaum (eds.), *The Triple Aim for the Future of Health Care*, pp. 127-128, Madrid, Funcas.

21. Hibbard, J. H. et al. (2005), «Development and Testing of a Short Form of the Patient Activation Measure», *Health Services Research* 40(6:1), pp. 1918-1930.
22. Piai, S., y M. Claps (2013), «Bigger Data for Better Healthcare», *IDC Health Insights*. Extraído de: www.intel.co.uk/content/www/uk/en/healthcare-it/bigger-data-better-healthcare-idc-insights-white-paper.html.
23. Larsson, S. et al. (2012), «Use of 13 Disease Registries in 5 Countries Demonstrates the Potential to Use Outcome Data to Improve Health Care's Value», *Health Affairs*, 31(1), pp. 220 227.
24. Wicks, P. et al. (2011), «Accelerated Clinical Discovery Using Self-Reported Patient Data Collected Online and a Patient-Matching Algorithm», *Nature Biotechnology*, 29(5), pp. 411 414.
25. Káganer, E., Zamora, J., y S. Sieber (2013), «5 Skills Every Leader Needs to Succeed in the Digital World», *IESE Insight*, 18, pp. 15 22.
26. Øvretveit, J. (2011), *Does Clinical Coordination Improve Quality and Save Money?* Londres, The Health Foundation.
27. Devers, K. J., y R. A. Berenson (2009), «Can Accountable Care Organizations Improve the Value of Health Care by Solving the Cost and Quality Quandaries?», *Timely Analysis of Immediate Health Policy Issues*, Washington D. C., Robert Wood Johnson Foundation y Urban Institute.
28. Curry, N. et al. (2013), «Integrated Care Pilot in North West London: A Mixed Methods Evaluation», *International Journal of Integrated Care*, 13(3).
29. Miller, H. D. (2009), «From Volume to Value: Better Ways to Pay for Health Care», *Health Affairs*, 28(5), pp. 1418 1428.
30. Neumann, P. J. et al. (2011), «Risk-Sharing Arrangements that Link Payment for Drugs to Health Outcomes Are Proving Hard to Implement», *Health Affairs*, 30(12), pp. 2329 2337.

CITAS

L

LA REVOLUCIÓN TECNOLÓGICA [...] OFRECE HERRAMIENTAS PARA QUE TODOS, COMO PACIENTES, PODAMOS SER MÁS PROTAGONISTAS DE NUESTRA PROPIA SALUD EN TÉRMINOS DE PREVENCIÓN, GESTIÓN Y CONTROL DE NUESTRA PROPIA ENFERMEDAD.

Javier Martín Ocaña,
vicepresidente de Fenin

E

[EXISTE] LA POSIBILIDAD DE REDUCIR LOS GASTOS A BASE DE [...] ENSEÑAR A LA GENTE A AUTOCUIDARSE [MEDIANTE] LOS CANALES DE INFORMACIÓN Y DIGITALIZACIÓN.

Pedro Bueno,
presidente fundador del Encuentro y profesor del IESE Business School

H

HAY TRES PISTAS: CONCIENCIACIÓN PARA OPTIMIZAR LOS RECURSOS, [...] COLABORACIÓN PÚBLICO-PRIVADA Y [...] SISTEMA DE COMPARTICIÓN DEL RIESGO.

Iñaki Ereño,
CEO de Sanitas en España y Latinoamérica, y miembro del comité de dirección de Bupa

L

LA INNOVACIÓN PENDIENTE EN EL SIGLO XXI [...] ES LA INNOVACIÓN EN LAS POLÍTICAS SANITARIAS.

Boi Ruiz,
exconsejero de Salud de la Generalitat de Catalunya

S

SI TUVIERA QUE IDENTIFICAR UNA PALABRA COMO PALABRA CLAVE, ME QUEDARÍA CON "MEDICIÓN".

Cándido Pérez Serrano,
socio responsable de Infraestructuras, Gobierno y Sanidad de KPMG en España y coorganizador del Encuentro

N

NO SE TRATA DE HACER COSAS; LO QUE INTERESA A LOS PACIENTES ES EL RESULTADO.

David Ikkersheim,
socio de KPMG Nederland

S

SE ESTÁN PUBLICANDO TANTAS INVESTIGACIONES QUE NINGÚN MÉDICO PUEDE ESTAR AL DÍA DE TODA LA INFORMACIÓN DISPONIBLE.

Andrew Dillon,
director ejecutivo del NICE
(National Institute for Health
and Care Excellence)

E

ES FUNDAMENTAL CAMBIAR EL MODELO ASISTENCIAL; [ESTO] BÁSICAMENTE, IMPLICA QUE TENEMOS QUE IR HACIA UNA INTEGRACIÓN TOTAL.

Adolfo Fernández-Valmayor,
director general de IDCSalud

L

LA SANIDAD BASADA EN RESULTADOS IMPLICA UN CAMBIO FUNDAMENTAL EN LA FORMA DE PRESTAR LA ASISTENCIA [MÉDICA].

Jaime Vives,
presidente de Roche
Diagnostics en España

L

LO IMPORTANTE ES CREAR UNA CULTURA CORPORATIVA, Y ESO NO SE HACE EN CINCO AÑOS, ESO SE HACE EN DÉCADAS.

Lluís Donoso,
director del Clinical
Diagnostic Imaging Center
(CDIC) del Hospital Clínic de
Barcelona y director ejecutivo
del UDIAT Centre Diagnòstic

N

NECESITAMOS ABORDAR LA INNOVACIÓN EN TODOS LOS PROCESOS.

Margarita López Acosta,
directora de la División de
Diabetes de Sanofi Iberia

I

INTERNET SE CONVIERTE UNA MAGNÍFICA HERRAMIENTA PARA QUE EL PACIENTE EMPODERADO PUEDA [...] INFORMARSE, COMPARTIR [...] Y ACCEDER A HERRAMIENTAS QUE LE PERMITAN CONTROLAR LAS VARIABLES MÁS IMPORTANTES EN SU ENFERMEDAD.

Tomás García Gómez,
CEO y director ejecutivo de
People Who Global

L

LA SANIDAD BASADA EN RESULTADOS ESTÁ AQUÍ PARA QUEDARSE.

Núria Mas,
presidenta del Encuentro y
profesora del IESE Business
School

E

EL EMPOWERMENT DEL PACIENTE ES IMPORTANTÍSIMO, PERO TAMBIÉN ES MUY IMPORTANTE QUE SE PRESERVE QUE LA INFORMACIÓN SEA VERAZ.

Jordi Ramentol,

CEO de Ferrer y presidente de la Association for Self-Care and Health (ANEFP)

A

ANTES LA CIENCIA ERA SUFICIENTE, [AHORA] LA CIENCIA ES MUY IMPORTANTE, PERO HAY QUE APORTAR VALOR.

Jordi Martí,

director general de Celgene España y Portugal

Y

YA NO EXISTE EL BIG DATA, HAY UN TSUNAMI DE DATOS.

Haig Alexander Peter,

executive briefing consultant en el IBM Research Laboratory

D

DEBEMOS TENER MUY CLARO QUE LOS RETOS A LOS QUE NOS ENFRENTAMOS EN ESTA NUEVA ERA DE LA ATENCIÓN SANITARIA SON DEMASIADO COMPLEJOS PARA QUE PUEDA RESOLVERLOS UNA SOLA DE LAS PARTES IMPLICADAS.

Belén Garijo,

miembro del Consejo de Dirección y CEO a cargo de la atención sanitaria en Merck Group

E

EL PROBLEMA ES QUE TODAVÍA NO SABEMOS QUÉ HACER CON ESA INFORMACIÓN [...], DE HECHO, SE ESTÁ UTILIZANDO [SOLO] UN 3% DE LA INFORMACIÓN DE FORMA ÚTIL.

Luis Campo,

director general de GE Healthcare Iberia

L

LA TECNOLOGÍA HACE QUE LOS COSTES SEAN MÁS BARATOS.

Víctor Grífols,

presidente y CEO de Grífols

E

ESTAMOS ELABORANDO MODELOS MODERNOS, ATRACTIVOS PARA LAS PARTES Y QUE ESTÉN EN LÍNEA CON LO QUE PRECISA EL SIGLO XXI, ES DECIR, RIESGO COMPARTIDO.

Antoni Esteve,

presidente de Farmaindustria

**A WAY TO LEARN
A MARK TO MAKE
A WORLD TO CHANGE**

 IESE Business School

 IESE Business School

 iesebs

 iese

Barcelona

Av. Pearson, 21
08034 Barcelona, Spain
(+34) 93 253 42 00

Madrid

Camino del Cerro
del Águila, 3
28023 Madrid, Spain
(+34) 91 211 30 00

New York

165 W. 57th Street
New York,
NY 10019-2201 USA
(+1) 646 346 8850

Munich

Maria-Theresia-Straße 15
81675 Munich, Germany
(+49) 89 24 20 97 90

Sao Paulo

Rua Martiniano de Carvalho,
573 Bela Vista
01321001 Sao Paulo, Brazil
(+55) 11 3177 8221