



# What Works

---

Tan fuerte  
como el eslabón  
más débil

---

**Cómo crear organizaciones  
sanitarias basadas en el valor**

KPMG International

---

[kpmg.com/whatworks](https://kpmg.com/whatworks)



# Autores



**Dr. Mark Britnell**  
Socio responsable global  
del sector Sanidad  
KPMG en el Reino Unido

Mark es socio responsable global del sector Sanidad. Desde 2009 ha trabajado en 60 países, en los que ha ayudado a Gobiernos y a organizaciones del sector público y privado en sus operaciones, estrategias y políticas. Ha concebido un enfoque global pionero e inspirador de la atención sanitaria en los países desarrollados y en desarrollo y ha escrito numerosas publicaciones sobre el tema. [kpmg.com/whatworks](http://kpmg.com/whatworks).

Mark ha dedicado su carrera profesional al sector sanitario y ha dirigido organizaciones a nivel local, regional, nacional y global. Ha sido CEO en hospitales universitarios de alto rendimiento en Birmingham y ha sido el "cerebro" de la construcción del hospital más grande del NHS (servicio nacional de salud del Reino Unido). También ha dirigido el NHS desde Oxford hasta la isla de Wight antes de ser designado director general de NHS Management Board. Ha escrito *High Quality Care for All* con Lord Darzi y tiene previsto publicar *In Search of the Perfect Health System*, en otoño de 2015.

@markbritnell



**Profesor Marc Berg**  
Socio  
KPMG en Estados Unidos

Marc es uno de los referentes en la medición del valor de la atención sanitaria para grupos de población definidos, un sistema que se basa en un conjunto integrado de datos de reclamaciones, medidas de resultados percibidos por los pacientes y datos clínicos. Fue designado por el ministro de Sanidad de los Países Bajos jefe del proyecto con dedicación exclusiva para introducir de manera integral el pago por servicios agrupados (*bundled payment*) para el tratamiento de enfermedades crónicas, un aspecto clave de la reciente reforma sanitaria. Posteriormente, dirigió la creación de un plan nacional de rediseño de cuidados intensivos, orientado a la calidad, impulsado por pagadores comerciales como paso fundamental hacia una atención sanitaria más barata y de mayor calidad. Actualmente presta apoyo a Gobiernos estatales y a proveedores en Estados Unidos en el diseño y la implantación de un sistema de atención de gran alcance, que mejore el cuidado de los grupos más vulnerables al tiempo que se reducen los costes. Marc dirige el grupo de Transformación de la Sanidad del Gobierno estadounidense y es el responsable global de KPMG de las áreas de contratación basadas en el valor, medición de resultados y reforma de los pagos.

@marcbergus



**Dra. Anna van Poucke**  
Socia  
KPMG en Países Bajos

Gracias a su amplia experiencia en la transformación de sistemas sanitarios, Anna ha estado a la vanguardia de la integración de la atención, la reestructuración y fusión de hospitales, algo que ha permitido la recuperación de varios hospitales no rentables en los Países Bajos. Con su trabajo pretende ayudar a la creación de una atención sanitaria de alto valor, con sistemas sanitarios más eficaces centrados en los resultados y en la accesibilidad de la asistencia sanitaria. Anna se incorporó a KPMG en 2010 y es titular de un doctorado en Economía por la Universidad Erasmus (Róterdam), un máster en Ciencias Económicas por la Universidad de Gales (Cardiff) y un máster en Psicología Laboral y Organizacional por la Universidad Tilburg.

# Índice

<b>Resumen ejecutivo:</b> Dra. Anna van Poucke	<b>2</b>
<b>Un nuevo planteamiento del valor en la atención sanitaria</b>	<b>5</b>
<b>Participación del paciente</b>	<b>8</b>
Convergencia: Programa de atención integrada a la familia del hospital	
Mount Sinai, Canadá	
Servicio personal: Programa músculo esquelético de Bedfordshire, Reino Unido	
Salud participativa: ParkinsonNet, Países Bajos	
<b>Definición y medición de resultados</b>	<b>11</b>
Mount Sinai, Canadá	
Servicio personal: Programa músculo esquelético de Bedfordshire, Reino Unido	
Salud participativa: ParkinsonNet, Países Bajos	
<b>Atención coordinada:</b> Aportar más valor	<b>15</b>
<b>Buen gobierno:</b> Mantener el foco en el valor	<b>19</b>
<b>Contratación:</b> Garantizar el valor	<b>22</b>
<b>Explorar el valor:</b> Dr. Steven Laitner	<b>25</b>
<b>Conclusión:</b> Movilizarse en busca del valor	<b>28</b>
<b>Matriz de madurez del valor de KPMG</b>	<b>29</b>



# Resumen ejecutivo:

## **Dra. Anna van Poucke**

La organización de la atención sanitaria para aportar valor a los pacientes exige cambios en cinco áreas principales. Conviene partir de una visión y una comprensión clara de qué significa valor y centrar la energía en acciones que potencien la cohesión en todas las áreas. Cuando una parte de la organización comienza a avanzar, es preciso ser consciente de que otras áreas deben hacerlo también para mantener un enfoque equilibrado. Aunque esto puede resultar desmoralizador al principio - pues parece que se cambia todo a la vez - no tiene por qué ser tan desalentador como puede parecer en ocasiones. Estas son las lecciones que he aprendido a partir de mi trabajo con clientes y de las conversaciones que he mantenido con proveedores de todo el mundo.

## Los pacientes marcan el rumbo

Tal y como señala el artículo titulado *What Works: Staying Power – Success stories in global healthcare* (Qué funciona: perseverancia — historias de éxito en la atención sanitaria global)(kpmg.com/whatworks) de KPMG International, los pacientes son la solución, no el problema. La evolución demográfica y la transformación de las necesidades sanitarias son las razones que motivan el cambio. De hecho, son la justificación de cualquier programa de transformación de la atención sanitaria. Por eso, los pacientes y sus representantes (cuidadores, etc.) deben contribuir a la toma de decisiones durante el proceso y no limitarse a ser los destinatarios finales de documentos visionarios y de planes prácticos. Es necesario garantizar que se encuentren en una posición en la que definan qué

resultados necesitan y que puedan colaborar en la elaboración de los planes para que se materialicen los resultados. He observado excelentes ejemplos en los que los pacientes definieron los diez cambios prioritarios en la atención prestada en su sistema de salud a diferentes grupos de pacientes (por ejemplo, personas mayores y enfermos crónicos) y, posteriormente, desempeñaron un papel esencial en la planificación de cómo llevar a cabo esos cambios. Ningún profesional puede negarse a realizar cambios que solicitan los pacientes.

## Los resultados visibles pueden mejorarse, pero no los invisibles

Los proveedores que no son transparentes en lo que respecta a los resultados de la atención sanitaria con sus pacientes y colaboradores ponen en peligro su existencia futura. Los resultados que se miden deben derivarse

directamente de lo que necesitan los pacientes y, por tanto, deben ser el fruto de un acuerdo entre pacientes, cuidadores y profesionales. Hay que asegurarse de que el enfoque no se centra únicamente en los resultados que obtiene una sola organización, sino que es preciso asumir la responsabilidad de las partes con otros proveedores y la vía de atención en sentido más amplio.

Es estupendo que la implantación de una prótesis de cadera tenga éxito, pero si tras la operación se tardan cinco semanas en iniciar la rehabilitación el resultado global para el paciente es cuestionable. Según mi experiencia, las organizaciones que verdaderamente se comprometen a determinar y medir el valor que crean son las que serán capaces de mejorar drásticamente su servicio y su cuota de mercado. No hay que dejar de lado la transparencia, pues cambiará la apariencia de la atención sanitaria en los próximos años.

**Figura 1: Cinco características esenciales de las organizaciones basadas en el valor**



Fuente: Tan fuerte como el eslabón más débil, KPMG International, 2015

## Definir la posición en la vía de atención, encontrar socios en los que se pueda confiar

Cuando los pacientes están en el núcleo de los sistemas sanitarios (véase en la página 18 el modelo de atención integrada de KPMG), se entiende claramente dónde está o debe estar situada la organización en la vía de atención en sentido amplio. De este modo, podrá determinarse si, por ejemplo, el objetivo consiste en crear una especie de “fábrica unificada” u organizar una atención coordinada en distintos niveles. Los pacientes que se cuidan son el punto de partida.

A continuación, deben encontrarse socios en los que se pueda confiar para que proporcionen cuidados coordinados a lo largo de toda la vía de atención. Los pacientes no solo obtienen buenos resultados sanitarios en el hospital, sino también a domicilio y en la comunidad, a cargo de cuidadores u organizaciones de voluntarios. Conviene pensar en procesos de atención coordinada en lugar de en sistemas y estructuras totalmente nuevos.

Varios sistemas sanitarios de alto rendimiento han optado por trabajar con *care navigators* (“acompañantes”, es decir, asistentes sociales y otros profesionales que orientan sobre los servicios de salud y median entre los usuarios y los profesionales clínicos) o con los denominados *accountable lead providers* (proveedores principales responsables) en lugar de quedar bloqueados en complejos debates sobre quién está a cargo de qué servicio (véase la entrevista con el Dr. Steven Laitner en la página 25). El valor que se genera al trabajar de esta manera puede mejorar con colaboradores que actúen como socios informados e implicados, que contribuyan a crear un entorno favorable a la colaboración que aporte valor a los pacientes.

## Centralizar la autoridad y descentralizar la toma de decisiones

Lograr un cambio sostenible puede exigir mucho a una organización, especialmente el hecho de tener que centrarse simultáneamente en los resultados y en la asociación con otras partes del sistema. El buen gobierno debe centrarse en ofrecer resultados tanto de forma aislada como en colaboración con socios. Es necesario que se facilite el cambio, por lo que hay que asegurarse de que los líderes establecen una visión y una estrategia claras que hagan posible la transformación.

Debe combinarse con una toma de decisiones descentralizada que incentive a profesionales de diferentes organizaciones a mejorar continuamente la forma en que prestan la asistencia sanitaria. Esta toma de decisiones a un nivel inferior debe estar respaldada por información exacta (y, si es posible, en tiempo real y procedente de varios proveedores) sobre niveles de rendimiento, vinculada con medidas de resultados. Conviene instar a los profesionales a que definan áreas de mejora y actúen para mejorar la atención sanitaria en primera línea.

## Movilizar al colaborador: los incentivos deben cambiar

El colaborador es un socio, no un enemigo, tanto si es una compañía de seguros como cualquier otro tipo de operadores. Es preciso darse cuenta de que son la clave para los cambios necesarios. Los incentivos económicos que no premian el cambio suponen un obstáculo importante en muchos sistemas. Conviene encontrar una manera de impulsar el cambio.

El enfoque diferirá dependiendo del sistema y de la organización. Un enfoque

podría consistir en asegurarse de que el financiador o el responsable de la concertación (*commissioning*) de servicios sanitarios sean afines a las metas que se persiguen y determinar los incentivos para propiciar ese cambio. Otra posibilidad puede implicar la adopción de un enfoque participativo, es decir, convertirse en el proveedor y/o colaborador principal en su sistema de salud local y asumir la responsabilidad de la prestación de la atención integrada mediante la asociación con otras organizaciones.

**Dra. Anna van Poucke**  
vanpoucke.anna@kpmg.nl

A man in a white lab coat and glasses is shown in profile, looking out a window. The background is a bright, slightly blurred outdoor scene. The overall tone is professional and contemplative.

# Un nuevo planteamiento del valor en la atención sanitaria

Para crear sistemas sanitarios sostenibles no basta con conseguir beneficios en áreas de tratamiento individuales; el progreso real solo puede provenir de una visión integral del paciente. La tradicional división de las organizaciones debe deshacerse para que los distintos cuidadores puedan complementarse en sus intervenciones. Todos los que participan en la cadena de atención deben compartir una visión común sobre el "valor".

## Las definiciones de valor pueden variar, pero su acepción más sencilla es la siguiente: es el resultado de la atención prestada dividido por su coste.

En un momento en el que está aumentando la presión sobre los presupuestos de sanidad y la asistencia sanitaria se centra más en los pacientes, Gobiernos, financiadores y proveedores están trasladando su atención del volumen al valor. Las definiciones de valor pueden variar, pero su acepción más sencilla es la siguiente: el resultado de la atención prestada dividido por su coste.

Los resultados se ven muy afectados por la idoneidad de la atención sanitaria que, en algunos casos, podría ser la decisión de no tratar al paciente. Por ejemplo, carece de sentido costear la implantación de una prótesis de cadera si hubiera sido preferible no someter al paciente a la operación.

Para ilustrar las diferentes necesidades de los pacientes, comparamos el caso del Sr. Johnson, de 40 años y con una sola afección, con el de la Sra. Murphy, que le dobla la edad y padece múltiples enfermedades (véase la página siguiente). El tratamiento, los resultados definidos por el paciente y la coordinación en la atención que se preste variarán significativamente.

Para un único proveedor debería resultar relativamente sencillo calcular el valor, y la calidad se reflejará en el éxito de una intervención como, por ejemplo, cirugía, medicación o fisioterapia. Varios sistemas sanitarios de todo el mundo han logrado excelentes resultados en la consecución de estos objetivos, gracias a la eficacia de sus procesos y a la cualificación de sus profesionales.

No obstante, ahora cada vez son más los pacientes que padecen de comorbilidad, debido al envejecimiento de la población y al aumento de enfermedades derivadas del modo de

vida. Aproximadamente la mitad de todos los adultos estadounidenses (117 millones de personas) padecen una o más afecciones de salud crónicas, como enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas<sup>1</sup>.

En estos casos, el valor de un tratamiento único no puede considerarse aisladamente, pues puede depender del éxito de una o todas las demás terapias. Incluso quienes solo padecen una enfermedad pueden recibir atención de varios proveedores, y un eslabón débil en la cadena puede perjudicar el resultado final, por ejemplo, como consecuencia de infecciones intrahospitalarias o una fisioterapia inadecuada.

Pese a ser importantes, indicadores clínicos como los resultados positivos de un análisis de sangre son demasiado limitados para definir el resultado sanitario. En el nivel más alto, el verdadero valor se refleja en medidas como la capacidad para reincorporarse al puesto de trabajo, el bienestar general y la calidad de vida —según lo percibido por el paciente— que se ven influidas por todo el recorrido que hace el paciente por el sistema sanitario.

Sin embargo, el valor también viene determinado por el coste en relación con los resultados y puede medirse en términos de uso eficiente de los recursos; por ejemplo, los quirófanos, el éxito en las intervenciones, el cumplimiento del tratamiento por parte del paciente y los tiempos de espera. Los límites médicos tradicionales se están ampliando para incluir a pacientes, cuidadores y comunidades, y todos ellos están desempeñando un papel más destacado en las vías de atención.

<sup>1</sup>. Ward BW, Schiller JS, Goodman RA. Multiple chronic conditions among US adults: a 2012 update. *Prev Chronic Dis.* 2014;11:130389. DOI: <http://dx.doi.org/10.5888/pcd11.130389>



## Los cambios en el perfil del paciente y la diferenciación de las demandas de atención



**Sr. Johnson**

**Paciente con una única afección**

**Edad:** 40

**Afección:** Lesión en el menisco.

**Tratamiento:** Artroscopia practicada por un cirujano especialista, fisioterapia.

**Resultado:** Capacidad para andar, realizar ejercicio intenso y liberarse del dolor.

**Tipo de atención:** Clínica especializada (*focus clinic*) y un fisioterapeuta, en ambos casos con especialización en problemas de rodilla.



**Sra. Murphy**

**Paciente con múltiples afecciones**

**Edad:** 80

**Afecciones:** Diabetes, enfermedad cardiovascular, cáncer colorrectal, su marido padece demencia.

**Tratamiento:** Intervención de múltiples partes de manera continuada, incluidos servicios comunitarios para su marido.

**Resultado:** Depende de las expectativas de la paciente, pero podría incluir capacidad para vivir en su domicilio, episodios diabéticos menos frecuentes o inexistentes, remisión total del cáncer y mayor movilidad personal.

**Tipo de atención:** Atención coordinada de especialistas, médico de familia y servicios comunitarios.



## Participación del paciente

Ya no puede seguir viéndose a los pacientes como dóciles receptores de atención sanitaria, sino que es necesario considerarles participantes activos que intervienen tanto en la evaluación de la calidad como, más frecuentemente, en el diseño real. Sistemas de salud de todo el mundo están empleando las medidas de resultados percibidos por los pacientes (PROMs, por sus siglas en inglés Patient Reported Outcome Measures) para determinar el grado de eficacia con el que el tratamiento mejora la calidad de vida. Se invita a los pacientes que se someten a cirugía para la implantación de prótesis de cadera, operaciones de rodilla, extirpación de varices o corrección de hernia inguinal en el NHS del Reino Unido a responder a una serie de cuestiones y sus resultados pasan a formar parte de la medición de la calidad de la atención.

No obstante, las PROMs son solo el comienzo. En la siguiente fase, los pacientes empiezan a desempeñar un papel activo en el diseño de vías de atención y ayudan a definir los resultados deseados así como los indicadores que constituyen la base de la retribución y la bonificación de los médicos.

La asociación holandesa sin ánimo de lucro Zorgbelang, que aboga por una mayor participación del paciente en la atención sanitaria, señala que no existe el concepto de “paciente”, y que las personas con enfermedades o dolencias deben ser consideradas partes interesadas en un sistema dedicado a la salud y al bienestar en general.

Como parte de un programa de cambio cultural, Zorgbelang ha desarrollado un proceso de atención para grupos de pacientes con afecciones específicas y los ha situado en el centro del proceso.

A través del diálogo continuo, se pide a pacientes (y cuidadores) que realicen aportaciones valiosas al diseño de la atención dirigida a sus grupos<sup>2</sup>.

Una iniciativa en el Reino Unido, Dementia Engagement & Empowerment Project (proyecto de empoderamiento y participación para demencia o DEEP), tiene como objetivo implicar activamente a pacientes con demencia y a organizaciones representativas en el área. Como ejemplo innovador, desarrollaron una actividad de escenificación teatral en la que se representaba a pacientes con demencia y sus cuidadores, resaltando la impopular tendencia a desplazar de espaldas a los pacientes en silla de ruedas o en camilla por los pasillos de los hospitales, algo que crea sensación de desorientación. Esta práctica ha dejado de realizarse, lo que ha supuesto una gran diferencia en el bienestar de la persona<sup>3</sup>. A medida que mejoren las aplicaciones móviles de salud, los dispositivos de diagnóstico y la supervisión remota, la autogestión pasará a ser más habitual y los pacientes formarán parte del personal activo.

Un portavoz de pacientes que participó en el estudio de *crowdsourcing* de KPMG International aseguró que “es importante

que los pacientes y el público sean considerados parte del personal activo y que cuenten con el mismo apoyo e información sobre lo que los miembros de la plantilla más “formal” pueden o no pueden hacer. En la atención sanitaria debe aprenderse a delegar responsabilidades (y riesgos) a los pacientes de una manera bien fundada y solidaria”.

Como muestran los ejemplos, la participación no surgirá de la nada; se necesitan sistemas apropiados para apoyar la toma de decisiones compartida y para medir la aportación y los niveles de satisfacción del paciente. Los líderes del sector sanitario deben evaluar y movilizar los activos y las capacidades de los pacientes, los cuidadores y las comunidades, y asegurarse de que reciben la información necesaria para expresar opiniones fundadas y asumir un papel activo en la atención que reciben. Los pacientes también pueden desempeñar una función vital en la formación y en los estudios de investigación.

### **Pacientes informados = mejores elecciones = resultados mejorados**

Cuando los pacientes entienden sus opciones en cuanto a tratamientos y posibles efectos secundarios, es probable que lleguen a escoger una alternativa. Por ejemplo, se suele ofrecer a los pacientes con un problema prostático benigno que se sometan a una operación para tratar los síntomas urinarios, a pesar de que posteriormente puedan padecer una disfunción sexual provocada por la cirugía. En un estudio, el simple acto de explicar los riesgos a los pacientes produjo un descenso del 40 por ciento en las operaciones y los pacientes expresaron una mayor confianza en su decisión final<sup>5</sup>. Se observaron resultados similares en pacientes con hemorragia uterina disfuncional. Un 20 por ciento menos optó por la cirugía cuando se les informó de los efectos secundarios<sup>7</sup>. También en un ensayo aleatorio realizado en Toronto con pacientes con dolor torácico a los que se diagnosticó una enfermedad cardíaca con

## **Convergencia: Programa de atención integrada a la familia en el Hospital Mount Sinai, Canadá**

En un inspirador ejemplo de colaboración, en la unidad neonatal de cuidados intensivos del hospital Mount Sinai en Toronto, los padres recibieron ayuda y formación del personal de enfermería para ser capaces de proporcionar gran parte de los cuidados que necesitaban sus bebés para promover un refuerzo de los vínculos, aumentar las aptitudes y la confianza y facilitar una transición fluida a la vida en el hogar. Los bebés que recibieron este tipo de atención ganaron más peso que los tratados de la forma tradicional y cuatro de cada cinco madres optaron por la lactancia materna, una cifra muy superior a la media nacional. Los niveles de estrés de los padres disminuyeron y los bebés presentaron un menor riesgo de infección e incidentes críticos.

### **Lecciones aprendidas:**

La orientación del personal de enfermería debe ser “sutil” y adaptarse a las necesidades de los padres.

2. Zorgbelang Nederland, <http://www.zorgbelang-nederland.nl/>

3. Sitio web de Mental Health Foundation, consultado el 25 de agosto de 2014, <http://www.mentalhealth.org.uk/our-work/research/dementia-engagement-and-empowerment-project/>

4. El proyecto de investigación sobre crowdsourcing en la sanidad global de KPMG International se realizó entre marzo y mayo de 2014 con la participación de 555 líderes del sector sanitario que representan a más de 50 países.

5. “The effect of a shared decision-making program on rates of surgery for benign prostatic hyperplasia”, Wagner E, Barrett P, Barry M, Barlow W, Fowler F, *Medical Care*, vol. 33, n.º 8, pp 765–70, 1995.

6. “Randomised controlled trial of an interactive multimedia decision aid on benign prostatic hypertrophy in primary care”, Murray E, Davis H, Tai SS, et al., *BMJ*.323 (7311):493–6, 2001

7. “Randomized, controlled trial of an interactive videodisc decision aid for patients with ischemic heart disease”, Morgan MW, Deber RB, Llewellyn-Thomas HA, Gladstone P, Cusimano RJ, O'Rourke K, Tomlinson G, Detsky AS, *Journal of General Internal Medicine*, vol. 15, no 10, pp 685–93, 2000.

8. “Effects of decision aids for menorrhagia on treatment choices, health outcomes, and costs: a randomized controlled trial”, Kennedy A, Sculpher M, Coulter A, Dwyer N, Rees M, Abrams K, Horsley S, Cowley D, Kidson C, Kirwin C, Naish C, Stirrat G, *Journal of the American Medical Association*, vol. 288, no 21, pp 2701–8, 2002..

## Servicio personal: Programa musculoesquelético de Bedfordshire, Reino Unido

Uno de cada diez ciudadanos del condado de Bedfordshire (Reino Unido) padece algún tipo de trastorno musculoesquelético. Los pacientes y cuidadores locales recomendaban un enfoque más integrado de la atención en sus valoraciones, con servicios localmente accesibles ajustados a las metas personales de los pacientes.

### Atención realmente integrada y centrada en el paciente

Hoy, una nueva asociación de expertos en trastornos musculoesqueléticos, importantes organizaciones benéficas y proveedores de servicios de salud locales públicos y privados ofrecen un servicio impecable. Los pacientes pueden escoger recibir atención más cercana a sus hogares y, estando mejor informados, involucrarse en los propios planes y vías de cuidado y atención que recibirán. Con un mayor énfasis en la medición y los resultados, se supervisan los avances a través de la valoración de los pacientes, cuidadores y familiares, publicando, además, los resultados.

### Lecciones aprendidas:

- Recurrir a proveedores locales cuando sea posible, puesto que conocen a fondo la cultura y las personas.
- Es esencial interactuar con los médicos de familia e influir en ellos, a fin de conseguir su apoyo.
- La medición de resultados, definidos por órganos que representen a pacientes, legitima los cambios en sistemas de atención sanitaria.
- La utilización de métricas aceptadas internacionalmente permite su comparación y otorga credibilidad a los resultados.

## Salud participativa: ParkinsonNet, Países Bajos

ParkinsonNet, radicada en los Países Bajos, ha creado comunidades de profesionales sanitarios de atención regional especializadas en la enfermedad de Parkinson. Esta red, basada en la realización de pruebas, lleva a cabo estudios de investigación y proporciona a los médicos formación y directrices. Por su parte, los enfermos de parkinson, a través de internet, pueden acudir a la web en busca de consejos y contacto con los especialistas y otros pacientes, con los que pueden mantener conversaciones online.

### Un nuevo nivel de participación

Los pacientes organizan su propia atención sanitaria, eligen a sus fisioterapeutas e invitan a profesionales y a otros pacientes a conversar sobre problemas de salud. Se insta a los médicos a que consideren a los pacientes como socios, que controlan su propia atención sanitaria con el respaldo de la comunidad ParkinsonNet.

### Generalización del valor

En 2014, ParC (proveedor fundador de ParkinsonNet) fue el primer centro médico de los Países Bajos en negociar un contrato basado en el valor con una compañía de seguros de salud. En el acuerdo los volúmenes de derivación de pacientes estaban vinculados a indicadores de calidad. Los resultados y la satisfacción del paciente han mejorado significativamente, se han reducido los ingresos en hospitales y residencias de la tercera edad y han disminuido en un 50 por ciento las fracturas de cadera. El ahorro estimado para los Países Bajos es de unos 27 millones de USD al año.

### Lecciones aprendidas:

- Los médicos deben ver a los pacientes como socios, en lugar de como receptores de atención sanitaria.
- Gracias a la medición de resultados para demostrar mejoras en los costes, ParC pudo negociar un contrato basado en el valor con una importante compañía de seguros de salud.
- ParC involucró inicialmente solo a los profesionales sanitarios que quisieron participar; los demás se sumaron cuando fueron testigos de los impresionantes resultados obtenidos.

# Definición y medición de resultados

Los sistemas sanitarios solo pueden aportar un valor excelente si miden sistemáticamente sus resultados, con el fin de detectar los diferentes niveles de desempeño, compararse con las mejores prácticas y calibrar los avances con el paso del tiempo. A medida que los financiadores se vuelven más activos y vinculan la retribución a la obtención de resultados positivos, los avances se reflejan en todas las intervenciones. Los profesionales sanitarios no pueden conformarse simplemente con aplicar el tratamiento; debe producirse una mejora en los resultados a largo plazo, una responsabilidad de todos los proveedores. Esta noción de 'cadena de atención sanitaria' es particularmente relevante para la gestión cada vez más compleja de la atención de enfermos crónicos.





Los resultados deseados son variados: desde la ausencia de complicaciones después de las intervenciones hasta la rehabilitación de las funciones a largo plazo y la recuperación total de la persona. Dado que los pacientes ejercen mayor influencia en aquello que se mide, se han introducido objetivos relativos a calidad de vida, el bienestar general y el emocional. Así, se forma una 'cadena de resultados', que parte de la resolución básica de una afección y finaliza con metas a más largo plazo, como por ejemplo volver a la normalidad o vivir sin dolor. En el caso de un paciente que ha sufrido un derrame cerebral, la cadena puede ser la siguiente:

- Resultado a corto plazo: Atención inmediata del derrame, seguida de la vuelta al hogar en un plazo de seis meses, con pérdida mínima de funcionalidad.
- Resultado a largo plazo: Prevención de nuevos derrames en el plazo de dos años; el paciente recobra su plena independencia y se reincorpora a su puesto de trabajo.

En un sistema orientado a resultados, los profesionales sanitarios toman decisiones destinadas a aumentar las probabilidades de mejorar la calidad de vida del paciente en general. La cirugía y la recuperación posterior pueden ser una vía apropiada para el Sr. Johnson, el paciente sano de 40 años que tiene una lesión en el menisco. Sin embargo, en el caso de la Sra. Murphy, de 80 años y con múltiples afecciones, la propia cirugía podría no compensar los posibles beneficios y podría resultar más eficaz recurrir a la fisioterapia (véase la página 7).

### **Definición de los indicadores de resultados**

1. Definir el resultado que se desea medir (por ejemplo, el aumento de funcionalidad después de colocar una prótesis de rodilla).
2. Seleccionar un instrumento para medir el resultado; el Oxford Knee Score, una métrica de los resultados percibidos por los pacientes (PROM) o una métrica de la experiencia percibida por el paciente (PREM, por sus siglas en inglés).

3. Establecer la métrica de los resultados (por ejemplo, la diferencia entre una puntuación antes y después), los criterios de inclusión y exclusión y, si fuera relevante, el impacto en los pacientes con distintas combinaciones de enfermedades/afecciones.

En el caso del Oxford Knee Score (cuestionario sobre problemas de rodilla de Oxford), el indicador de resultados podría ser el porcentaje de pacientes que mejora por encima de entre dos y diez puntos. El estándar aceptable podría ser un 90 por ciento o más de pacientes que alcanza este indicador, con el objetivo de superar esta media<sup>9</sup>.

La calidad de un indicador de resultados viene determinada por su relevancia para el grupo de pacientes, la calidad del instrumento de medición y la fiabilidad de los datos que se miden.

Cuando las mediciones de resultados se representan gráficamente en el transcurso del tiempo empieza a surgir un patrón de valor para el paciente. Muchas mediciones actuales de resultados únicamente cubren los efectos a corto plazo de la atención, mientras que ParkinsonNet incluye también aquellos a largo plazo, lo que es más representativo del valor total para los pacientes. Las cuatro métricas clave son:

- Experiencia del paciente medida a través de encuestas sobre la calidad percibida.
- Número de fracturas de cadera por paciente con enfermedad de Parkinson.
- Porcentaje de pacientes ingresados al año en hospitales y/o en centros de cuidados de larga duración.
- Evaluación de la calidad de vida: prevención del empeoramiento de la afección, según indique el paciente.

### Esfuerzos por lograr una mejora continua

Cuanto más estandarizada esté la medición, más fácil será comparar resultados entre pacientes,

profesionales clínicos, instituciones y sistemas de salud en su conjunto. El Oxford Knee Score<sup>10</sup> es un cuestionario de 12 preguntas dirigido al paciente, cuyo objetivo es valorar la funcionalidad y el dolor tras una operación de colocación de una prótesis de rodilla. Es breve y fácil de replicar en todo el mundo, y, como es el paciente quien responde, se minimiza cualquier posibilidad de sesgo en la evaluación. Las preguntas abarcan capacidades físicas como: ¿Puede arrodillarse y levantarse?

¿Ha cojeado al andar a causa de su rodilla? ¿Podría bajar andando un tramo de escaleras?

Obtener puntos de referencia amplios y globales impulsa a la organización a mejorar la calidad de la atención que presta. Con el establecimiento de objetivos estrictos y facilitando la disponibilidad de los resultados gratuitamente, los proveedores pueden impulsar una cultura de excelencia al saber que los pacientes elegirán a los médicos, las clínicas y los hospitales con los mejores antecedentes, algo que propiciará la supervivencia de aquellas personas y organizaciones con mayor capacidad de adaptación. Este “darwinismo sanitario” podría parecer brutal, pero puede desempeñar un papel esencial en el proceso de mejora de los estándares del sistema de salud.

Suecia posee un largo historial en el registro de indicadores de calidad, a través de la recogida de datos exhaustivos y fiables y el seguimiento de los resultados de pacientes con afecciones y/o procedimientos médicos similares. En los últimos años, estas mediciones han mejorado con la ayuda de los pacientes y se han publicado informes para garantizar la transparencia de cara a ellos mismos y los contribuyentes, con el objetivo de impulsar una mejora en la calidad y compartir las mejores prácticas. A pesar de que su gasto per cápita en sanidad es de menos de la mitad que el de Estados Unidos, Suecia ha conseguido resultados mucho mejores en materia de salud en prácticamente todos los aspectos. Un

ejemplo es que su tasa de mortalidad infantil es de menos de la mitad que la estadounidense<sup>11</sup>. En la página 21 de este informe, el profesor Jörgen Nordenström comparte las lecciones que puede ofrecer Suecia sobre la organización de una atención sanitaria basada en el valor.

### Evolución de la medición de resultados

En una ‘cadena de atención sanitaria’, la comunicación de los resultados finales a los distintos proveedores mejorará la comprensión de cómo afecta cada conjunto de intervenciones a la calidad de la atención prestada. Por ejemplo, las comadronas y los ginecólogos podrían revisar las métricas asociadas con las complicaciones en el embarazo o el parto y los fisioterapeutas y cirujanos ortopédicos podrían colaborar de manera similar para ayudar al paciente a mejorar su movilidad tras la implantación de una prótesis de cadera.

A medida que se generaliza esta forma de pensar, las organizaciones empiezan a mirar más allá de las intervenciones simples, o incluso múltiples, para medir los efectos a más largo plazo de la atención que prestan. Así, podrían incluirse resultados como la independencia del paciente, la capacidad para realizar actividades específicas, o la reincorporación al puesto de trabajo.

En el caso de pacientes con comorbilidad, se necesitan coordinadores de la atención con capacidad para orientar a los pacientes sobre los diferentes proveedores o sistemas, a fin de lograr los mejores resultados posibles.

Con el transcurso del tiempo podría realizarse un seguimiento de las tendencias de salud más generales si se publicasen todos los resultados, con vistas a comparar proveedores y representar gráficamente la eficacia de los programas de prevención de la obesidad, enfermedades coronarias, tabaquismo y diabetes.

9. National Quality Forum ([www.qualityforum.org](http://www.qualityforum.org))

10. Dawson J, Fitzpatrick R, Murray D, Carr A. *Questionnaire on the perceptions of patients about total knee replacement*. J Bone Joint Surg Br. 1998 Jan;80(1):63-9

11. *What Sweden Can Tell Us About Obamacare*, New York Times, 15 June 2013.

© 2016 KPMG, S.A., sociedad anónima española y miembro de la red KPMG de firmas independientes, miembros de la red KPMG, afiliadas a KPMG International Cooperative (“KPMG International”), sociedad suiza. Todos los derechos reservados.

## Pasión por la excelencia: Centro oncológico Sun Yat-sen, Taiwán

Un ejemplo de integración para tratar una única enfermedad es el centro oncológico Sun Yat-sen, que formó equipos multidisciplinarios centrados fundamentalmente en un tipo específico de cáncer. Los equipos se componían de personal de enfermería y de apoyo clínico, pero acabaron incluyendo administradores de salud (care managers) y personal técnico apropiado en aquellos casos en los que se consideró necesario. Los equipos se reúnen como mínimo dos veces al mes para revisar los nuevos casos y comentar la atención prestada a los pacientes. Todos los miembros del equipo conocen los nombres de los pacientes y sus circunstancias médicas.

### Adopción de nuevos modelos de pago

El reembolso fue considerado el catalizador de la reforma, junto con la medición de la calidad. El centro introdujo el sistema de pago por resultados o desempeño (pay for performance), en colaboración con la Oficina Nacional de Seguro de Salud (Bureau of National Health Insurance) de Taiwán. Los proveedores recibían pagos capitativos trimestrales retroactivos por paciente, complementados con bonificaciones basadas en el desempeño calculado en función de la tasa de supervivencia de los pacientes.

Anteriormente, el sistema taiwanés carecía de información clínica exhaustiva (por ejemplo, resultados sanitarios) y no comunicaba los resultados de cada proveedor o médico. El centro oncológico Sun Yat-sen introdujo historiales médicos electrónicos que incluían las órdenes del médico, copias de radiografías y otras pruebas de imagen, informes del laboratorio, historial quirúrgico, notas del médico y la planificación estipulada.

Los administradores de salud (care managers) introducían cada día los datos relativos a las métricas de calidad en los historiales médicos de los pacientes, al tiempo que se hacía seguimiento de las medidas de seguridad de los pacientes, y de su satisfacción, que se utilizaban para documentar las áreas de mejora.

### Subida del listón

La tasa de supervivencia en el centro en caso de cáncer de mama se situó entre uno y cinco años, superando así a la de todos los hospitales de Taiwán. El cumplimiento de los diez indicadores de calidad se asoció de manera significativa a una mejor tasa de supervivencia entre los pacientes. Además, mejoraron los índices de seguridad de los pacientes: los niveles de infecciones intrahospitalarias también fueron los más bajos de Taiwán.

### Lecciones aprendidas:

- No basta con introducir la medición. Debe incentivarse a todo el personal para que registre metódicamente los resultados y sancionarse el incumplimiento.
- Cada profesional clínico debe evaluarse mediante indicadores de calidad, incluyendo las tasas de supervivencia de sus pacientes.
- Los sistemas de reembolso contingentes refuerzan el compromiso por mejorar los resultados y las bonificaciones relacionadas con los resultados podrían ayudar a mejorarlos.



# Atención coordinada: Aportar más valor

A medida que proliferan los pacientes con múltiples afecciones, aumenta el riesgo de que se desorienten en las diferentes partes del sistema de atención sanitaria si cada departamento se preocupa únicamente por sus propios y limitados parámetros de éxito. El verdadero valor viene determinado por el resultado final de la atención recibida, lo cual exige una importante labor de coordinación que garantiza que los proveedores se conozcan y complementen mutuamente asumiendo la responsabilidad colectiva de los resultados. Sin esta mentalidad de conjunto, el valor puede “desvanecerse” del sistema. Por ejemplo, si un paciente se ha sometido a una operación de prótesis de cadera y se retrasan las primeras sesiones de fisioterapia, la cadera puede bloquearse y el paciente tendrá mucha menos movilidad y estará más incómodo.



No existe un sistema considerado el más apropiado para aportar valor a todos los pacientes en todos los contextos.

El enfoque apropiado dependerá del paciente, su grupo social, el tipo de enfermedad que padece y, en cierto modo, de su ubicación geográfica.

El valor suele alcanzarse a lo largo de un periodo prolongado y se mide con indicadores de resultados de calidad de vida, incluida la esperanza de vida. Los pacientes con múltiples enfermedades crónicas deberían, siempre que sea posible, recibir atención en su domicilio —o cerca del mismo— y debería promoverse el autocuidado y una vida más independiente.

En los casos en los que no sea viable, recibirán una mejor atención en unidades integradas con todos los cuidados necesarios. Estos equipos se componen de profesionales clínicos y de otras áreas que tratan las enfermedades y los trastornos relacionados y colaboran en aras de una meta común para maximizar los resultados.

En el caso de enfermedades crónicas, estas metas suelen estar relacionadas habitualmente con la calidad de vida del paciente más que con su estado de salud. Si se trata de afecciones complejas, puede ser aconsejable incorporar a proveedores suprarregionales con altos niveles de especialización o cooperar con ellos. Las reuniones formales e informales frecuentes permiten a los participantes compartir y revisar información vital, además de crear un clima de confianza.

Esta tarea es más difícil de lo que puede parecer, dada la fragmentación de gran cantidad de sistemas sanitarios. Incluso en los casos en los que existe un único sistema de salud público, como el NHS del Reino Unido, a los administradores les cuesta reunir a las distintas partes de la 'cadena de atención sanitaria'. La falta de interoperatividad es uno de los principales obstáculos; sin normas técnicas, las organizaciones tienen dificultades a la hora de compartir y entender los datos en un formato estándar.

Las dudas acerca de la seguridad y la confidencialidad de la información han ralentizado aún más el progreso, mientras que los diferentes sistemas de pago deben estar, en cierto modo, lo suficientemente alineados para garantizar la consecución de objetivos comunes. Además, naturalmente, es probable que el personal clínico no tenga que rendir cuentas siempre a los mismos responsables, y podrían ser más fieles a su propio grupo y organización que a un paciente que es atendido por distintos proveedores.

### Adaptar el grado de integración a las circunstancias

No existe un único sistema considerado el más apropiado para aportar valor a todos los pacientes en todos los contextos. El enfoque apropiado dependerá del paciente, su grupo social, el tipo de enfermedad que padece y, en cierto modo, de su ubicación geográfica. La atención coordinada es más común cuando se perciben problemas con la continuidad de la atención, así como en grupo de pacientes que precisan cuidados de larga duración y personas mayores. Quienes requieren atención cardiovascular optativa o cuidados intensivos se beneficiarán de un enfoque más especializado que exige vías de atención únicas.

Los pacientes con una sola afección quizá reciban una mejor atención en clínicas especializadas (*focus clinics*) que concentren su experiencia en aras de una atención rápida y eficaz. El centro oncológico Sun Yat-sen en Taiwán (véase la página 14) está dedicado en exclusiva al cáncer y reúne a una amplia variedad de profesionales clínicos especializados en medicina, cirugía, patología, radiología, medicina nuclear, radiación, oncología, física médica, psiquiatría, anestesiología, ginecología y rehabilitación.

El conjunto de procesos e innovaciones están encaminados al desarrollo de los estándares más estrictos de atención oncológica y los pacientes pueden acudir a la consulta de diferentes especialistas en el mismo edificio.

Una tercera opción es la atención integrada, que emplean los hospitales regionales con servicios limitados que trabajan con el proveedor más adecuado (y, a menudo, suprarregional) para incrementar su propia atención utilizando vías compartidas e integradas. La atención más compleja, como los diagnósticos y/o las intervenciones, suelen externalizarse al proveedor especializado suprarregional.

## Estrategias integradas

Los sistemas de salud regionales, especialmente aquellos situados en la periferia de un país, pueden tener dificultades para prestar atención coordinada, a menudo compleja, a sus pacientes. Aunque los pacientes pueden ser derivados a otros sistemas para recibir todo el tratamiento, tendrían que desplazarse para cada consulta y el hospital local perdería ingresos esenciales, algo que pondría en peligro su existencia.

En los Países Bajos, un hospital regional implantó una estrategia "integrada" en la atención del cáncer de próstata mediante una colaboración con un proveedor especialista en calidad de proveedor preferente.

En este tipo de alianza, las vías clínicas están integradas y el diagnóstico y el posoperatorio tienen lugar en el centro local

La intervención se lleva a cabo en el centro especializado y se mide el resultado total de la vía de atención. Este sistema permite a los pacientes recibir la mayor parte de la atención cerca de su domicilio.

Los programas para enfermedades concretas ofrecen un acceso sencillo a la atención coordinada, al dividir a los pacientes en segmentos y al desarrollar vías para estos grupos que involucran a diferentes proveedores con distintas métricas de resultados acordadas. En un nivel más maduro de integración, el sistema forma redes clínicas gestionadas con tratamientos formalizados de buen gobierno, investigación y formación, y desarrolla conjuntamente vías de atención sanitaria. Los pacientes están bajo la tutela de coordinadores de atención, que asumen toda la responsabilidad en cuanto a su bienestar a lo largo de toda la vía de atención.

Una práctica más avanzada abarca redes clínicas formales u organizaciones de atención integrada, con contratos oficiales suscritos entre

colaborador y sus proveedores de servicios, o incluso organizaciones totalmente integradas.

En Estados Unidos han aparecido organizaciones responsables de la atención (*accountable care organizations* o ACO), grupos de proveedores de salud que trabajan unidos para un conjunto definido de pacientes.

Los reembolsos están estrechamente vinculados con la medición de la calidad de la atención mediante el uso de diversos modelos de pago como el pago por paciente y la tarifa por servicio prestado. La ACO tiene la responsabilidad en última instancia ante los pacientes y los financiadores

En lugar de "integrar" formalmente los sistemas, podrían pactarse relaciones contractuales con pagadores, financiadores, servicios sanitarios, operadores, centros sanitarios, colaboradores, y proveedores y los pagos por servicios agrupados se basarían en los costes esperados. Este método proporciona al responsable de la concertación (*commissioning*) de servicios sanitarios una mayor capacidad para elegir colaboradores, protegiendo así la competencia.

El cáncer, los tratamientos voluntarios, la atención a la maternidad y los cuidados intensivos en enfermedades cardiovasculares son posibles candidatos al pago por servicios agrupados. Incluso el tan vilipendiado pago de tarifa por servicio prestado puede basarse plenamente en el valor en el caso de intervenciones preventivas con antecedentes que demuestren que este se puede alcanzar.

## Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC)

En este enfoque intensivo y extremadamente coordinado respecto a la salud mental de la comunidad, el equipo interdisciplinar se compone de un psiquiatra, uno o varios enfermeros, trabajadores sociales, especialistas en

## Tres niveles de integración

**Clínicas especializadas (focus clínicos):** pacientes con una sola afección (Sr. Johnson – véase la página 7).

**Estructuras integradas:** proveedores regionales que trabajan con proveedores subcontratados preferentes para coordinar la atención de determinados tipos de afecciones.

**Atención coordinada:** pacientes con múltiples afecciones y enfermedades crónicas (Sra. Murphy, véase la página 7), en cuyo caso diferentes organizaciones armonizan sus operaciones y, en algunos casos, optan por fusionarse plenamente.

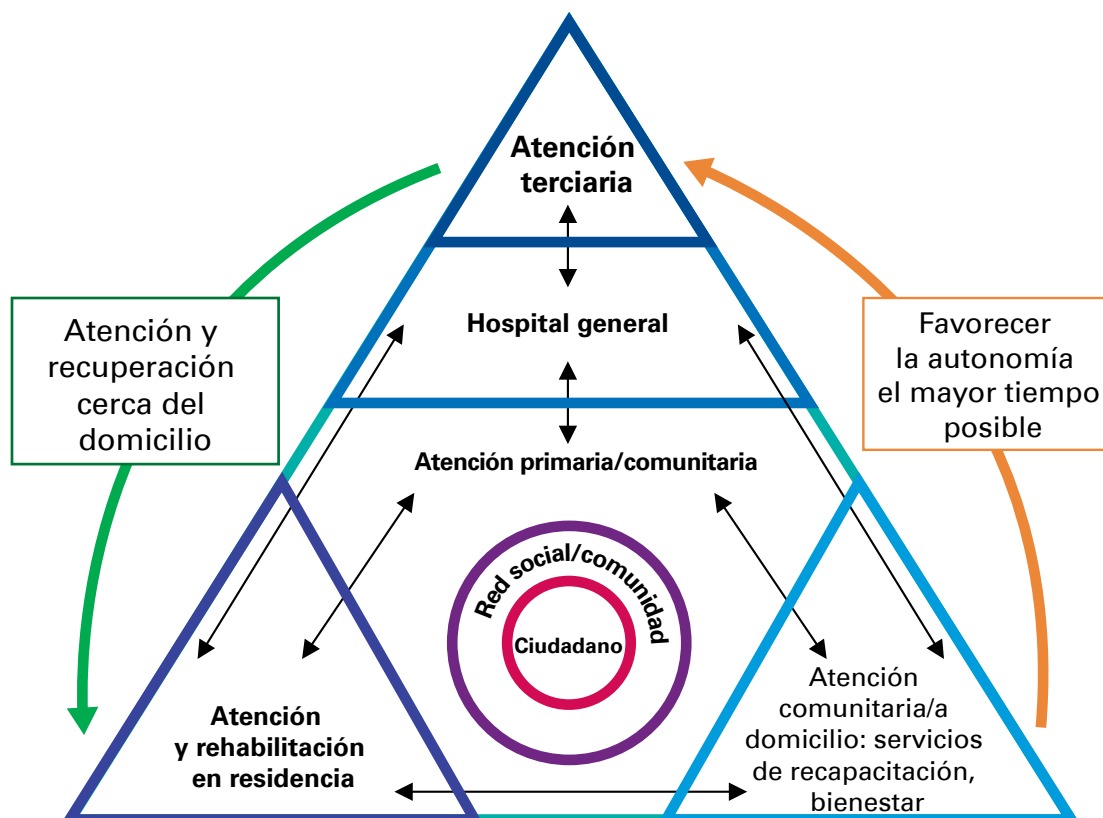
La experiencia con sistemas integrados ha sido variada, pues no todos los proveedores participantes ofrecen necesariamente atención de la más alta calidad.

### La integración no es la panacea

Uno de los temores que suscitan los sistemas de atención integrada es que la consolidación de proveedores va a crear cuasimonopolios que obligan a subir los precios. Esto es más probable en áreas con menor densidad de población que solo pueden admitir a un número limitado de proveedores, pero lo cierto es que varias ACO estadounidenses han fracasado, en parte porque la consolidación de proveedores ha creado cuasimonopolios en algunas regiones. Para fomentar la competencia en cualquier plan de salud asociado deben restringirse las subidas de precios y debe vincularse el pago con los objetivos en cuanto a resultados.

La experiencia con sistemas integrados ha sido variada, pues en la medida que no todos los proveedores de servicios sanitarios ofrecen atención de la más alta calidad. Además, es posible que algunos especialistas, acostumbrados a un cierto nivel de ingresos en las estructuras anteriores, no reaccionen bien ante el descenso de la renta debido a la mayor importancia que se da a la atención primaria.

Figura 2: Modelo de atención integrada de KPMG



Fuente: *Tan fuerte como el eslabón más débil*, KPMG International, 2015

# Buen gobierno

## Mantener el foco en el valor

En una organización basada en el valor, la excelencia se planifica, no sucede por casualidad. Se logra gracias a una cultura sólida de medición de resultados y a un compromiso con la calidad en todos los niveles, no solo entre profesionales clínicos o responsables de calidad particulares. Cuando varias instituciones forman parte de una red de atención integrada (por ejemplo, una ACO), este compromiso debe estar presente en todas las entidades y los gerentes deben aplicar el buen gobierno adecuado al nivel organizativo y clínico.

En el nivel más alto de madurez, puede lograrse una atención de gran valor a través de sistemas sanitarios integrados verticalmente o bien mediante contratos claramente definidos entre operadores y los centros sanitarios.

Dirigir un sistema no es igual que dirigir un hospital particular, pues la red debe alcanzar a menudo objetivos diversos por medio de organizaciones diferentes que operan en un entorno de regulación y sanitario en constante cambio. Dado el gran número de juntas directivas de entidades matrices y filiales, es esencial acordar una definición unificada de sistema integrado que compartan todas las juntas directivas y miembros asociados. Muchos sistemas de atención sanitaria que funcionan con éxito han reducido la autonomía de sus juntas subordinadas y han otorgado más potestad y responsabilidad a la junta directiva del sistema, incluida la supervisión de la calidad y la seguridad del paciente.

Uno de los mantras de las organizaciones eficaces basadas en el valor es el siguiente: centralizar la autoridad y descentralizar la toma de decisiones para que sean las juntas subordinadas pertinentes las que tomen aquellas decisiones más concretas. Por ejemplo, la junta directiva del sistema establecería la política de calidad y la dirección estratégica de todo el sistema, mientras que la responsabilidad de tomar decisiones específicas sobre el personal médico correspondería a la junta directiva de cada hospital.

Los niveles de buen gobierno clínico pueden variar ampliamente, dependiendo de la formalidad de la estructura y de las relaciones dentro de la red de atención integrada. A medida que evolucionan los sistemas de salud, las organizaciones y las personas emprenden un viaje.

Desde una posición de gran autonomía individual, los profesionales de la salud empiezan a cumplir más estrictamente las normas y directrices. La mejora continua y la rendición de cuentas pasan a formar parte de la cultura, y se es más consciente de la necesidad de aportar valor a lo largo de la cadena de atención sanitaria, en lugar de limitarse simplemente a intervenciones concretas. La

medición y la supervisión pasan a ser algo habitual cuando los diferentes proveedores trabajan conjuntamente para abordar los segmentos acordados de pacientes, con objetivos claros en cuanto a los resultados; como por ejemplo la reducción de los reingresos hospitalarios, estancias más breves en los hospitales y costes más bajos.

En el nivel más alto de madurez, puede lograrse una atención de gran valor a través de sistemas sanitarios integrados verticalmente o bien mediante contratos claramente definidos entre operadores y sus proveedores de servicios.

En casos en los que organizaciones sanitarias públicas o privadas subcontratan la atención a proveedores, hospitales o profesionales, los órganos mediadores en la contratación pueden asumir la responsabilidad de alcanzar los principales resultados. Los objetivos cotidianos seguirán siendo competencia del proveedor final del servicio.

La integración no tiene que ser necesariamente un requisito previo de la calidad. Es más, como se menciona en la página 18, una integración excesiva puede generar monopolios virtuales que obliguen a subir los precios y multipliquen la burocracia. Algunos tipos de pacientes reciben una mejor atención de grupos con dedicación exclusiva formados por especialistas en áreas como la implantación de prótesis de cadera o rodilla, el cáncer o el cuidado de personas mayores, y que son contratados para ofrecer "unidades significativas de atención".

Las vías de atención sanitaria contemplan la experiencia del paciente en su totalidad según va avanzando a través del sistema, y hacen hincapié en la prevención y el bienestar mediante la atención en la comunidad. Unos equipos bien coordinados no solo son responsables de sus propias áreas de tratamiento, sino también de los resultados en última instancia.

## Plantear preguntas complejas – Georgina Black, socia, KPMG en Canadá

Las juntas directivas son responsables en última instancia del desempeño de una organización y de sus empleados, y no deben dudar en preguntar a la dirección sobre las decisiones que están tomando y sobre su desempeño.

Por ejemplo:

- ¿Quién es el responsable de supervisar tanto la calidad como la seguridad del paciente?
- ¿Qué mecanismos existen para garantizar que la dirección genere información apropiada y exacta?
- ¿Cuáles son las expectativas de las partes interesadas en cuanto a la calidad y la seguridad del paciente?
- ¿Cómo definen la organización, su personal, los pacientes y la comunidad, la calidad y la seguridad del paciente?
- ¿Qué métricas se emplean para medir el progreso hacia los objetivos de calidad?
- ¿Dispone la organización de las habilidades necesarias para lograr alcanzar sus objetivos de calidad?

## Lecciones de Suecia – Prof. Jörgen Nordenström

Tanto los rankings internacionales como los sondeos y las encuestas nacionales suelen ver con buenos ojos el sistema de salud sueco. Puede decirse que Suecia ofrece el mejor modelo para estructurar un enfoque dirigido por la autoridad local. El sistema dispone de más de 70 registros de enfermedades y pacientes, que recogen métricas de resultados para permitir la comparación entre distintos (grupos de) proveedores —incluida atención primaria y comunitaria— y diferentes regiones. Jörgen Nordenström, profesor de cirugía en el hospital universitario Karolinska desde hace más de 15 años y autor de la publicación titulada *Value-based Health Care: are we as good as we can be? (Atención sanitaria basada en el valor: ¿somos tan buenos como podemos serlo?)*, comparte cuatro lecciones prácticas de su investigación y su experiencia en la organización de una atención sanitaria basada en el valor.

### Utiliza métricas de estructura y procesos para complementar las métricas de resultados

Las métricas de resultados, por sí solas, no proporcionan todos los detalles. Si se desea organizar una atención sanitaria basada en el valor, es preciso conocer qué está provocando resultados positivos o negativos para identificar áreas de mejora. Para ello, deben identificarse las métricas de procesos y estructura estrechamente vinculadas con las métricas de resultados.

### Sé tu competidor más feroz

Hay que instar a los proveedores de asistencia sanitaria a que ellos mismos sean sus competidores más feroces. Las diferencias demográficas, la condición socioeconómica, las circunstancias locales específicas, la calidad de los proveedores de atención primaria en la región o la disponibilidad de servicios comunitarios pueden distorsionar las comparaciones entre proveedores de diferentes regiones. Sin embargo, es conveniente competir con uno mismo para mejorar los resultados mes a mes y año a año.

### Comprometerse con la mejora continua, aplicar las mejores prácticas probadas

El hospital universitario Karolinska emplea técnicas de producción ajustada (lean) eficaces para mejorar sistemáticamente la vía de atención ante una enfermedad. Es preciso encontrar las herramientas y técnicas que permitan apoyar el compromiso con una mejora que beneficie a la organización y, posteriormente, aplicar las mejores prácticas probadas. Las 'best practices' más recientes deben ser la norma a seguir y el punto de partida para la siguiente ronda de mejoras.

### Comunicarse en términos de calidad

La organización de una atención sanitaria basada en el valor debe basarse en la convicción fundamental de que el aumento de la calidad en la atención conduce a un descenso de los costes generales. Todos los cambios deben demostrar mejoras en la calidad, el acceso y la asequibilidad de la atención sanitaria. Un argumento convincente que defiende el cambio transmite ese mensaje para que los pacientes, el personal y las demás partes interesadas intervengan y contribuyan a impulsar el cambio.



# Contratación

## Garantizar el valor

Los contratos son un medio poderoso, y a menudo infrautilizado, de configurar la prestación de asistencia sanitaria. Deben adaptarse en función del nivel de coordinación y los resultados que se busquen. Los nuevos acuerdos contractuales pueden impulsar un enfoque más basado en el paciente y en los resultados, en la medida que los proveedores tienen pocas alternativas más allá de cumplirlos. Una vez que el sistema de salud se ha orientado a resultados centrados en los pacientes, los contratos pueden ayudar a mantener este enfoque incentivando la conducta deseada a fin de recompensar aquellas actividades que crean valor, en lugar de limitarse simplemente al reembolso de los costes.

Los debates sobre contratos no deberían ser contradictorios y brindan una oportunidad para alinear los valores de los servicios sanitarios y los proveedores, además de mantener los gastos controlados.



En los sistemas integrados, los pagos comienzan a traspasar los límites de las organizaciones. Las entidades que compran servicios, como las compañías de seguros, los responsables de la concertación (*commissioning*) de servicios sanitarios o las agencias gubernamentales, podrían acordar el pago en función de un conjunto de resultados para un grupo determinado de pacientes. En el caso de enfermedades crónicas, puede tratarse de una suma fija por paciente al año (suponiendo que se cumplen los resultados); en el caso de la atención optativa, el pago se realizaría por episodio. Los profesionales de atención primaria, por su parte, podrían percibir una suma fija por cada paciente, parcialmente basada en una suscripción pero también en los resultados de salud medidos para estos pacientes.

### **Hacia una contratación basada en el valor**

A medida que los contratos basados en el desempeño empiezan a sustituir a los contratos tradicionales de tarifa por servicio prestado, las organizaciones sanitarias buscan introducir contratos que recompensen el valor.

Cuando se recompensa la acción, los pagos por caso pueden generar intervenciones innecesarias con el fin de incrementar los ingresos. En particular, en la atención primaria, el pago basado en grupos de pacientes o el pago por paciente constituyen alternativas y posiblemente son los métodos más apropiados para maximizar los cuidados preventivos, con la ventaja añadida de suponer un coste fijo que facilita la planificación presupuestaria.

El pago por paciente es el método más eficaz cuando un sistema mide sus resultados. Sin esta supervisión, es posible que los médicos tengan la impresión de que pueden gastar todo el presupuesto asignado al derivar a los pacientes que resulten más caros a otros tipos de atención en lugar de centrarse en una atención primaria y comunitaria de alta calidad. El pago por paciente también ejerce mucha presión para que los proveedores

trabajen con un presupuesto limitado, algo que podría resultar difícil cuando se tratan afecciones de alto riesgo, como el cáncer.

Un ejemplo innovador son los contratos de calidad alternativos (*alternative quality contracts*), creados por Blue Cross Blue Shield Massachusetts en Estados Unidos y que alinean los incentivos de proveedores hospitalarios con los de médicos de atención primaria para frenar el aumento del gasto médico (véase la página 24).

Se recompensa a los proveedores asignándoles una parte del ahorro obtenido al alcanzar objetivos de calidad y eficiencia. Desde que se introdujeron estos contratos en 2009, los proveedores han logrado mejoras en la calidad y ahorros de costes.

El programa para enfermedades musculoesqueléticas de Bedfordshire del Reino Unido (véase la página 10) también se basaba en financiación capítativa (que genera un presupuesto fijo), en la que los colaboradores asumen una parte de las ganancias o riesgos en función de los resultados de los pacientes y el ahorro de costes. Algunas de las métricas del proyecto son el uso innovador de tecnología, la calidad de la experiencia del paciente, el nivel de atención integrada e informes anuales, además de los comentarios de las partes interesadas y los planes de mejora.

### **El peligro de un cambio demasiado rápido**

Pasar de forma repentina de un pago basado en una tarifa por servicio prestado a un pago basado en servicios agrupados puede provocar que los proveedores locales reciban ingresos significativamente menores, algo que pondría en peligro a clínicas u hospitales enteros. Dado el desconocimiento de los nuevos sistemas de retribución, un periodo de transición de uno o dos años debería permitir que los proveedores redujeran gradualmente la capacidad no utilizada y se ajustasen al nuevo modelo. Durante este periodo, los ingresos permanecerían estables.

**El pago por paciente es el método más eficaz cuando un sistema mide sus resultados. Sin esta supervisión, es posible que los médicos tengan la impresión de que pueden gastar todo el presupuesto asignado al derivar a los pacientes que resulten más caros a otros tipos de atención en lugar de centrarse en una atención primaria y comunitaria de alta calidad.**

## El poder de los nuevos contratos: Blue Cross Blue Shield Massachusetts y Harvard Vanguard Medical Associates, Estados Unidos

Mediante la introducción de un contrato de calidad alternativo (*alternative quality contracts* o AQC), los médicos y los hospitales asumieron un modelo de pago global y voluntario en el que los incentivos económicos estaban vinculados a la calidad clínica, los resultados para el paciente y el uso eficiente de recursos. Estos médicos y hospitales eran también responsables de la cadena de atención en su totalidad, incluidos sus costes y calidad, en todos los contextos.

Los contratos, que incluían un presupuesto global por paciente, podían suscribirse únicamente con grupos de médicos o con hospitales. El AQC se aplicaba únicamente a miembros de determinados planes de seguros médicos con la organización de atención primaria Harvard Vanguard Medical Associates.

### Un enfoque adaptable

Este acuerdo instaba a los médicos de atención primaria a que aplicaran una atención hospitalaria con la misma calidad a un coste menor. Como colaborador principal, Harvard Vanguard contrató a especialistas a tiempo parcial para que realizaran pequeñas intervenciones en el centro de atención primaria (evitando derivar a los pacientes de forma innecesaria) y seleccionó a un conjunto de socios para la derivación de pacientes en función de su ratio de resultados y costes, una medida que ayudó a desbaratar monopolios hospitalarios que habían provocado un alza en los precios.

La disponibilidad de tratamientos y las mejoras en los resultados estimularon un cambio de conducta, mientras que la naturaleza a largo plazo de los contratos fomentó la inversión en la asociación. En el futuro, aparecerán nuevos productos de seguros que incentivarán a los titulares a elegir atención de gran valor y a participar activamente en conversaciones con médicos. Es fundamental señalar que los niveles de gasto no se redujeron inmediatamente, sino con el paso del tiempo, algo que permitió a los proveedores ajustarse al nuevo régimen.

### Atención de bajo coste y de alta calidad

La calidad ha mejorado significativamente y la tasa de incremento de los costes va camino de reducirse a la mitad en un plazo de cinco años, todo ello sin eliminar los pagos de tarifa por servicio prestado. Todo superávit en los presupuestos dependerá de la calidad del rendimiento.

### Lecciones aprendidas:

- El sistema abarca a pacientes en todos los contextos e insta a los médicos de atención primaria a que apliquen atención hospitalaria con menor coste sin sacrificar la calidad.
- Los contratos a cinco años estimulan las asociaciones a largo plazo entre proveedores y servicios sanitarios.

## Promover el verdadero valor: HealthSouth, Estados Unidos

La imagen de HealthSouth, proveedor de servicios de rehabilitación a pacientes ingresados situado en Birmingham, Alabama (Estados Unidos), era la de ser más caro que sus competidores (mayoritariamente residencias para mayores con personal cualificado). No obstante, la dirección opinaba que sus protocolos estandarizados de gestión de la atención proporcionaban resultados realmente superiores. Con el objetivo de prepararse para el cambio a un contrato basado en el valor, la organización quería calcular el coste total y los resultados de la atención, incluidos los programas de preoperatorio, ingreso y posoperatorio.

### Una imagen más clara del valor

Gracias a la recopilación de datos de múltiples planes de salud y fuentes clínicas, HealthSouth demostró que el coste total de la atención que prestaba era inferior al de otros proveedores, y la organización está utilizando este hallazgo para entablar relaciones con planes de salud y mejorar su rendimiento económico a través de acuerdos contractuales más beneficiosos. Las tasas de reingreso son la mitad que las registradas por sus competidores y el número de días que permanecen ingresados los pacientes graves es claramente inferior, por lo que se logra un ahorro considerable.

### Lecciones aprendidas:

- Resulta esencial comunicar el valor de manera clara y comprensible.
- Cabe la posibilidad de que los datos disponibles sean inadecuados, así que es probable que las organizaciones tengan que invertir en análisis de datos y data mining.



## Explorar el valor:

### **Dr. Steven Laitner**

En calidad de consultor independiente en temas sanitarios y médico de familia, el Dr. Laitner habla sobre organizaciones basadas en el valor con Anna van Poucke

El Dr. Laitner ha ayudado a organizaciones sanitarias del Reino Unido a basarse más en el valor introduciendo el concepto de *Accountable Lead Provider* o "proveedor principal responsable" (para un "Programa de Atención"), que ha resultado ser una manera eficaz de aplicar muchos de los principios analizados a lo largo de este informe.

**Anna:** Para la mayoría de pacientes en gran cantidad de países, la atención empieza con el médico de familia, pero cuando se le deriva a un centro ambulatorio u hospitalario, el proceso puede complicarse, especialmente en el caso de comorbilidad: no hay coordinación entre proveedores y los pacientes son derivados a diferentes especialistas y cuidadores.

**Steve:** Estoy de acuerdo. Ni los médicos de familia ni los hospitales son capaces en la actualidad de ofrecer una vía de atención completa, y los médicos de familia que tienen la facultad de concertar (*commissioning*) servicios sanitarios en el Reino Unido carecen de la habilidad o el tiempo para microgestionar todos los elementos complejos del sistema y las vías de atención sanitaria. Creo que no se puede actuar así, no es lo correcto.

Una alternativa es seguir la estela de otros sectores y formalizar un contrato con un proveedor principal para que gestione la cadena de atención completa para un programa de atención específico, por ejemplo, el de trastornos musculoesqueléticos, diabetes o personas mayores vulnerables. Esta idea constituye el núcleo del modelo de proveedor principal responsable (véase la página siguiente).

**Anna:** Es como tener un centro neurálgico (hub) de operaciones en el sistema, pero estos colaboradores no se limitan a supervisar la atención.

**Steve:** Desde luego. Por eso los denomino *Accountable Lead Providers*, que prestan un volumen sustancial de servicios especializados basados en la comunidad como alternativa a los ambulatorios y, cuando es necesario, subcontratan los servicios de ingresos hospitalarios para que formen parte de la vía de atención del paciente. También son responsables del presupuesto total de un programa de atención, por ejemplo, de salud respiratoria, o un grupo de personas, como el de personas mayores vulnerables. Son plenamente responsables tanto de la calidad como del coste de toda la vía del paciente en atención primaria, comunitaria y cuidados intensivos.

Tienen la capacidad de trabajar con todas las partes interesadas, con el fin de definir las vías estándar y gestionar los puntos de acceso a través de los distintos niveles de atención. Las principales actividades que desarrollan incluyen el apoyo en la gestión de casos, el servicio prestado por teleasistencia, la toma de decisiones compartida, la planificación de la salud personal, asistencia en el autocuidado y también es importante el apoyo del cuidador.

**Anna:** En este informe mencionamos la importancia de los resultados y la necesidad de vincularlos con la planificación y la medición de la atención sanitaria. ¿Cómo puede garantizar un proveedor principal responsable que se presta máxima atención a los resultados?

**Steve:** La planificación de la atención sanitaria debe vincularse con el desarrollo y la medición de resultados. Por lo tanto, el uso metódico de los planes de atención forma parte del contrato entre el grupo responsable de la concertación (*commissioning*) de servicios sanitarios y el proveedor principal. Los contratos deberán basarse parcial o totalmente en los resultados mediante un pago capitolativo, con una proporción de este basada en los resultados. Suele existir un punto óptimo de elementos contractuales relacionados con los resultados que, según mi experiencia, se encuentra en torno al 5-10 por ciento del valor del contrato. Sin embargo, en lugar de centrarse en un porcentaje específico, conviene garantizar que la cantidad es lo suficientemente elevada para impulsar el cambio pero lo suficientemente reducida para que los proveedores no se fijen exclusivamente en los resultados estipulados.

**Anna:** Existen varios métodos aconsejables para medir los resultados. En el caso de los trastornos musculoesqueléticos, el método Oxford Hip and Knee Score ha demostrado su fiabilidad. Cuando se trata de pacientes con enfermedades respiratorias, una reducción del número fumadores o una caída en el número de hospitalizaciones son también resultados positivos.

**Steve:** Y los pacientes deben participar a la hora de definir y comunicar los resultados, para garantizar que reflejan lo que les importa realmente como seres humanos.

Además de las PROM existentes, se pueden citar los llamados "resultados definidos por el paciente" en función del caso. Estas medidas variarán según las metas personales de cada uno, que

pueden ser poder sostener un bolígrafo y escribir una carta, ir caminando al supermercado, marcharse a unas vacaciones familiares durante una semana o simplemente dormir una noche sin dolor.

**Anna:** ¿Qué función desempeña el médico de familia en este modelo?

**Steve:** El médico de familia sigue siendo el primer punto de contacto y derivará el paciente al centro neurálgico (*hub*) cuando crea que se tiene que beneficiar de servicios de especialistas multidisciplinares. El objetivo es evitar derivaciones o tratamientos innecesarios y ofrecer la atención en el contexto más apropiado. El contexto más apropiado dependerá de las necesidades y preferencias de cada persona en ese momento.

**Anna:** Para que funcione este modelo, necesitaremos un nuevo tipo de profesional, que coordine y entienda las distintas partes de la red de atención sanitaria y pueda trabajar con profesionales de la salud y con pacientes. Los posibles candidatos serían un médico de familia, una enfermera, un geriatra de la comunidad o un médico del hospital general. Una de las tareas más importantes, aparte de prestar asistencia a los pacientes, consiste en gestionar vías de atención individuales y apoyar a los médicos de familia y a los proveedores especialistas en la derivación de pacientes.

**Steve:** Se trata de una función clave y es preciso reflexionar detenidamente sobre el cometido y las habilidades de las personas que pueden desempeñarla. La función que desempeñan trabajadores clave como los administradores de casos,

los *care navigators* y los que prestan apoyo en la planificación de la atención es imprescindible y es posible que no sea necesario que todos sean profesionales de la salud o de la atención sanitaria; el apoyo mutuo puede ser esencial.

El proveedor principal responsable puede constituir algún tipo de servicio conjunto entre proveedores de servicios (como asistencia social, organizaciones del tercer sector y proveedores independientes), o bien puede optar por simplemente gestionar a los proveedores finales del servicio. En el caso de servicios prestados a personas mayores vulnerables, es probable que sean concertados por partida doble por el sistema de salud y de asistencia social.

**Anna:** Además de servicios conjuntos, el proveedor puede constituir entidades con un cometido especial, como alianzas, asociaciones o federaciones, pero la clave es que exista un único órgano de gobierno responsable, cuyas actividades sean totalmente transparentes para mantener un enfoque centrado en los resultados.

**Steve:** Ese enfoque es crucial. Y, como el colaborador está prestando el servicio y subcontratando a la vez, tiene un fuerte incentivo para gestionar enfermedades crónicas y complejas de manera más eficaz y aspirar a intervenciones más tempranas y baratas, que incluyan el autocuidado e incluso la prevención.

La estructura del contrato ofrece a los proveedores un incentivo real para mejorar la vida de los pacientes, incluyendo soluciones que puedan encontrarse fuera del sistema de salud, en lo que a mí me gusta llamar un modelo "biopsicosocial" de atención.

## El modelo del proveedor principal responsable

En el contrato basado en resultados, el proveedor principal presta al organismo contratante el grueso de los servicios comunitarios y ambulatorios especializados para ese programa de atención específico. Trabaja con pacientes y con todos los proveedores de cuidados que intervienen para gestionar los límites entre los diferentes niveles de atención y trasladar los cuidados al contexto más apropiado, incentivando un "cambio a la izquierda" en el esquema de los niveles de atención sanitaria.

**Figura 3: Modelo de proveedor principal responsable**



Fuente: Dr. Steven Laitner, 2015

# Conclusión: Movilizarse en busca del valor

Como han constatado muchos sistemas sanitarios, el camino que conduce al valor está repleto de peligros y obstáculos. La matriz de madurez de KPMG que figura en las páginas siguientes presenta objetivos alcanzables para estar más orientado al valor. Los proveedores y servicios sanitarios pueden emplear la matriz para evaluar su situación actual, sus fortalezas y sus debilidades y para supervisar el progreso hacia la madurez en el valor.

Los servicios sanitarios tienden a ser el motor que impulsa el cambio, pero los proveedores también tendrán que transformar su enfoque con respecto a la sanidad para estar más orientados a resultados. Las organizaciones representantes de pacientes también pueden influir, al exigir resultados definidos por aquellos a los que representan, el autocuidado y la rendición de cuentas.

La mayoría de los elementos de la matriz (véase la página 29) son interdependientes, de modo que el progreso en un área debe estar respaldado por avances en otra. A medida que los sistemas de salud alcanzan los niveles máximos de madurez y logran ofrecer una atención integrada, la aceptación por parte de los políticos locales, los pacientes y los grupos comunitarios puede acelerar la transformación y contribuir a contemplar estrategias más amplias para la salud pública.

## El plan para el cambio: evolución y no revolución

- Los cinco elementos de la matriz de madurez del valor de KPMG deben progresar simultáneamente. No hacerlo así podría retrasar el cambio hacia una organización basada en el valor. Por ejemplo, no pueden lograrse contratos basados en el valor si no van acompañados de

mediciones de los resultados. Muchas organizaciones optan por comenzar a pequeña escala y hacer la transición de algunos tipos de atención sanitaria dirigida a una enfermedad o a un grupo de pacientes concreto, algo que exigirá modificar parte del contrato.

- Los objetivos de los financiadores, los servicios sanitarios, los proveedores y los pacientes deberían estar alineados para garantizar una comprensión mutua del valor y una voluntad de trabajar juntos. El buen gobierno y las contrataciones son los cimientos que mantendrán unidas a esas asociaciones al retribuir/penalizar las conductas acertadas/equivocadas.
- No se puede cambiar de la noche a la mañana y deben preverse las condiciones financieras que se aplicarán a proveedores o a particulares a medida que se adaptan a los nuevos objetivos con el fin de evitar una caída drástica y repentina de los ingresos. Aunque la competencia debería aumentar los niveles de calidad, es importante que no fracasen todos los hospitales de repente, puesto que esto pondría en peligro la prestación de la asistencia sanitaria.
- Los contratos también deberían evolucionar de forma similar, adaptando determinadas partes del acuerdo, como, por ejemplo, una pequeña (5 por ciento) bonificación compartida por cumplir los nuevos objetivos en cuanto a resultados. Con el tiempo, los incentivos deben constituir una proporción mayor de los pagos, con el fin de incentivar verdaderamente mejoras significativas.

# Matriz de madurez del valor de KPMG

(5=alto; 0=bajo)

Nivel de madurez

5

4

3

2

1

0

	<b>Paciente como cocreador</b>	<b>Paciente como colaborador</b>	<b>Paciente como fuente valiosa</b>	<b>Paciente como interlocutor</b>	<b>Paciente como cliente</b>	<b>Sin participación del paciente</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– se integran sistemas de toma de decisiones compartidas para pacientes individuales a lo largo del ciclo de atención.</li> <li>– los pacientes intervienen en el diseño de la atención en el ciclo de atención sanitaria y en segmentos específicos, mediante la utilización de recursos para añadir valor en el sistema local de salud.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– se otorga poder a los pacientes para el autocuidado.</li> <li>– las experiencias y los resultados percibidos por los pacientes forman parte de la gestión del desempeño y de los pagos posteriores.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– las organizaciones que representan a pacientes intervienen en el diseño de las vías de atención.</li> <li>– los resultados requeridos por los pacientes se utilizan para diseñar las vías de atención.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– las organizaciones que representan a pacientes contribuyen con sus aportaciones a los indicadores de resultados.</li> <li>– los resultados percibidos por los pacientes se utilizan como indicadores de calidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– las opiniones de los pacientes se expresan mediante organizaciones representativas tradicionales.</li> <li>– los indicadores de calidad se basan en algunos datos de pacientes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– los pacientes no participan en el diseño de la atención sanitaria.</li> </ul>
<b>Definición y medición de resultados</b>	<p><b>Basados en la salud de la población</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– los resultados de la salud de la población se basan en datos agregados procedentes de todos los proveedores, comunidades y pacientes.</li> <li>– se publican los resultados.</li> <li>– los indicadores se basan en las prioridades más recientes.</li> </ul>	<p><b>Basados en los resultados a largo plazo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– el enfoque se centra en la prevención y en el bienestar en toda la cadena de valor.</li> <li>– los objetivos en cuanto a resultados se ajustan a los riesgos.</li> <li>– se publican los resultados, se supervisa internamente el desempeño y continúan los programas de mejora.</li> </ul>	<p><b>Basados en los resultados</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– los indicadores de resultados son comparables y transferibles a otros proveedores de la cadena de atención.</li> <li>– los indicadores están alineados con las mejores prácticas globales.</li> <li>– la medición se realiza en tiempo real.</li> <li>– los resultados se comparten con los servicios sanitarios, el personal clínico y otros proveedores de la cadena de atención.</li> </ul>	<p><b>Basados parcialmente en los resultados</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– las experiencias de los pacientes (métricas de resultados percibidos por los pacientes o PROMS) se incorporan a los objetivos.</li> <li>– los indicadores clínicos se basan parcialmente en los resultados.</li> </ul>	<p><b>Basados en medidas de procesos/estructuras</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– los resultados clínicos básicos se concentran en una única organización de proveedores.</li> <li>– los indicadores clínicos se basan en métricas de procesos y estructuras.</li> </ul>	<p><b>Basados en las aportaciones</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– no hay objetivos en cuanto a resultados, solo medición de las aportaciones.</li> <li>– no existen métricas para los resultados.</li> <li>– no se produce ningún aprendizaje.</li> </ul>

	<b>Atención coordinada basada en la comunidad</b>	<b>Atención coordinada basada en segmentos</b>	<b>Atención multidisciplinar basada en segmentos</b>	<b>Atención multidisciplinar basada en proveedores</b>	<b>Atención multidisciplinar basada en proveedores</b>	<b>Atención fragmentada</b>
<b>Atención coordinada</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>los planes de atención integrada se relacionan con la comunidad en general y van dirigidos a la prevención y al bienestar.</li> <li>los pacientes desempeñan una función importante en el diseño de vías de atención individuales.</li> <li>se reconoce que el valor se crea mediante una cadena de atención fuerte.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>planes de atención integrada para grupos y segmentos específicos.</li> <li>la coordinación gestionada y las intervenciones integradas van dirigidas a la prevención y a los resultados del "final del ciclo de atención".</li> <li>se reconoce que se genera valor al coordinar la atención.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>se formalizan reuniones multidisciplinarias con grupos y segmentos específicos.</li> <li>se ajustan las intervenciones entre los distintos proveedores para mejorar los resultados.</li> <li>se reconoce que si no hay "coordinación", se pierde valor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>se celebran reuniones multidisciplinarias periódicamente.</li> <li>se da cierta coordinación a la atención en grupos o segmentos específicos y se reconoce que el valor lo generan conjuntamente varias organizaciones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>se celebran reuniones multidisciplinarias periódicamente.</li> <li>se da cierta coordinación a la atención en grupos o segmentos específicos y se reconoce que el valor lo generan conjuntamente varias organizaciones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>la asistencia sanitaria se organiza en torno a las necesidades de las distintas organizaciones.</li> </ul>
	<b>Contratos contingentes</b>	<b>Contratos coordinados</b>	<b>Pagos por servicios agrupados con ahorros compartidos</b>	<b>Pagos por servicios agrupados</b>	<b>Pago por resultados o desempeño</b>	<b>Tarifa por servicio prestado</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>contratos contingentes para el sistema de salud local (se basan en parte en pagos por paciente, y en parte por servicios integrados).</li> <li>los pagos se basan en resultados agregados o en el pago por paciente para segmentos y existen pagos diferenciados basados en resultados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>contratos coordinados (con un colaborador para el sistema).</li> <li>los pagos son diferenciados en función del resultado.</li> <li>se comparten los ahorros y las pérdidas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>los pagos por servicios agrupados por proveedor se basan (en parte) en los resultados, y se comparten los ahorros para todo el sistema de salud.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>se efectúan pagos por servicios agrupados por proveedor con controles basados en indicadores/ resultados por cada episodio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>se efectúan pagos por resultados o desempeño y una bonificación adicional por lograr los indicadores de calidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>se paga una tarifa por la prestación de servicios fragmentada por parte de un único proveedor.</li> </ul>
<b>Buen gobierno</b>	<b>Buen gobierno integrado verticalmente</b>	<b>Buen gobierno coordinado</b>	<b>Un solo proveedor: buen gobierno coordinado</b>	<b>Un solo proveedor: buen gobierno basado en la calidad</b>	<b>Un solo proveedor: buen gobierno basado en la calidad ad hoc</b>	<b>Un solo proveedor: sin buen gobierno clínico</b>
	<p>Proceso</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>estructuras de buen gobierno apropiadas.</li> <li>sistema formalizado para la medición y la mejora continuas de los resultados.</li> </ul> <p>Coordinación</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Vías de atención integradas basados en la prevención y en el bienestar.</li> </ul>	<p>Proceso</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>buen gobierno coordinado entre los proveedores del sistema de atención sanitaria, que se centran conjuntamente en los resultados.</li> </ul> <p>Coordinación</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Vías de atención coordinadas.</li> </ul>	<p>Proceso</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>estructuras de buen gobierno basadas en un solo proveedor.</li> <li>procesos formalizados de mejora y supervisión de resultados.</li> </ul> <p>Coordinación</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>alguna coordinación en la forma de definir, medir y mejorar los resultados dentro del sistema de atención.</li> </ul>	<p>Proceso</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>estructuras de buen gobierno basadas en un solo proveedor.</li> <li>procesos formalizados de mejora y supervisión de la calidad.</li> </ul>	<p>Proceso</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>estructuras de buen gobierno basadas en un solo proveedor.</li> <li>aparición de procesos para supervisar y mejorar la calidad.</li> </ul>	<p>Proceso</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>estructuras de buen gobierno de un solo proveedor que abarcan cada aspecto de la atención fragmentada.</li> <li>principios de gestión tradicionales.</li> </ul> <p>Coordinación</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>sin coordinación con otras partes.</li> </ul>



# Cómo puede ayudar KPMG a las organizaciones a basarse más en el valor

Los profesionales del sector Sanidad de la red de KPMG tienen una amplia experiencia en sistemas de salud tanto del sector público como del privado, y muchos han puesto en marcha y han gestionado importantes transformaciones de organizaciones con el fin de lograr mejoras significativas en el valor. Trabajamos con servicios sanitarios y con los colaboradores de dichos servicios y ofrecemos asesoramiento y apoyo práctico y viable.

La labor de nuestros equipos puede contribuir al rediseño del sistema de atención, al trabajar en diversos ecosistemas de salud regionales para replantear vías de pacientes y cambiar la prestación de la asistencia sanitaria a contextos más adecuados. Los conocimientos especializados de nuestros profesionales expertos en sanidad abarcan programas tanto con los servicios sanitarios como con proveedores, así como programas combinados, para acelerar el desarrollo de una atención sanitaria de alto valor. Los programas incluyen:

- Desarrollo e implantación de vías de atención integrada.
- Reestructuración de sistemas de salud regionales, incluidos los argumentos empresariales subyacentes.

- Diseño e implantación de nuevas formas de contratación.
- Creación de las estructuras de buen gobierno adecuadas.
- ayuda a los profesionales a través de las diversas fases en su camino hacia una mejor prestación de asistencia sanitaria.

Nuestra red de profesionales de Tecnologías de la Información especializados en sanidad tienen capacidad para aprovechar al máximo las tecnologías habilitantes y mejorar el desempeño mediante la selección de sistemas, la gestión de proyectos de implantación, evaluaciones de controles, la mejora de procesos de negocio y servicios de gestión del cambio.

Al trabajar con juntas directivas, nuestros equipos ayudan a desarrollar las habilidades, las capacidades y la información adecuadas para dirigir con eficacia, aumentar la confianza en los sistemas y procesos y aumentar la exactitud de los datos para mejorar el buen gobierno. Si desea más información, visite la página [kpmg.com/es/sanidad](http://kpmg.com/es/sanidad) o envíe un email a la dirección [mcobo@kpmg.es](mailto:mcobo@kpmg.es).

# What Works: una serie de publicaciones especializadas de la práctica global de Sanidad de KPMG

Es de sobra conocida la necesidad de realizar un cambio en el ámbito sanitario. También son cada vez más los que están de acuerdo en las medidas que es necesario tomar para abordar los retos que se plantean:

- Implantar un enfoque centrado en la calidad, la seguridad, el control de costes y la mejora de la salud de la población.
- Impulsar un cambio para dejar de centrarse en el volumen de tratamientos y pasar a garantizar una atención de alto valor.
- Abordar la colaboración de servicios sanitarios activistas con los pacientes y los proveedores para remodelar el sistema.
- Impulsar el desarrollo de nuevos modelos de prestación que incluyan aumentar la convergencia entre los

servicios sanitarios y los proveedores de la atención sanitaria y el sector farmacéutico.

- Dirigirse a los pacientes y a las comunidades a través de canales novedosos.

La cuestión reside en cómo lograr que se produzcan estos cambios. Sostenemos que existen cambios tanto de mentalidad como de capacidad que son necesarios y que afectan a varias áreas.

Entre ellos se incluyen los siguientes:

- Sistemas para impulsar la excelencia clínica y operativa.
- Nuevas asociaciones y redes.
- Nuevos modelos para la atención coordinada y la salud de la población.
- La capacidad de contratar basándose en el valor.

En el presente informe se examina el último de estos puntos y se defiende un argumento sólido que indica que a algunas organizaciones sanitarias les queda mucho camino por recorrer para convertirse en sistemas de salud verdaderamente basados en el valor. Si desea más información o reservar una copia de los próximos informes de la serie *What Works*, póngase en contacto con su socio nacional (véase la contraportada) o envíe un email a [mcobo@kpmg.es](mailto:mcobo@kpmg.es). Visite la página [kpmg.com/es/sanidad](http://kpmg.com/es/sanidad) para consultar las publicaciones más recientes del sector.



## What Works: Creating new value with patients, carers and communities

A escala global, algunas partes del sistema sanitario están empezando a aplicar cambios que lograrán que pacientes, cuidadores y comunidades intervengan más en su propia salud. En este informe, en el que se aporta nuestra experiencia a nivel mundial, se exponen las respuestas necesarias para materializar plenamente el valor inherente que se deriva de la mayor participación del paciente y de las comunidades para mejorar la atención.

[kpmg.com/whatworks](http://kpmg.com/whatworks)



## What Works: Staying Power – Success stories in global healthcare

KPMG reunió a 65 líderes del sector sanitario de 30 países de seis continentes para debatir sobre las estrategias eficaces para lograr el éxito en la transformación. Estos debates se centraron en torno a siete temas clave que van desde la salud de la población hasta la atención responsable pasando por la excelencia clínica y operativa. Este informe resume las percepciones compartidas entre organizaciones, culturas y países.

[kpmg.com/whatworks](http://kpmg.com/whatworks)

# Colaboradores



**Gary Belfield**, socio asociado, KPMG en el Reino Unido

Gary es un líder nacional reconocido en el área de desarrollo de la concertación (commissioning) de servicios y tiene experiencia en temas de salud en una gran variedad de organizaciones. Desarrolló la política nacional en materia de concertación de servicios en calidad de miembro del NHS Management Board. Al trabajar con equipos multidisciplinares durante sus 20 años de experiencia en gestión en el NHS, donde desempeñó cargos como el de director ejecutivo (chief executive) de Acute NHS Trust y director ejecutivo adjunto de Community and Mental Health NHS Trust, mejoró con éxito la atención a los pacientes, la atención primaria y los servicios de la comunidad, y se centró en el rediseño del sistema a largo plazo. Se compromete a compartir con las organizaciones lo que ha aprendido para mejorar los resultados sanitarios de los pacientes y las comunidades locales.



**Georgina Black**, socia, KPMG en Canadá

Georgina trabaja muy de cerca con juntas directivas, equipos ejecutivos y diversos grupos de partes interesadas para elaborar estrategias con el fin de mejorar el desempeño. A lo largo de su trayectoria profesional, ha dirigido varios proyectos de transformación (fusiones y adquisiciones, reestructuraciones, revisiones de programas y de buen gobierno, servicios compartidos y diseño organizativo) en el sector público para mejorar la eficacia y la eficiencia dentro de entornos complejos de partes interesadas. Gracias a su trabajo con Gobiernos locales y provinciales, con entidades sin ánimo de lucro y con organizaciones sanitarias, aporta una perspectiva de sistemas para identificar y abordar oportunidades que afectan a varias funciones, organizaciones y sectores. Georgina es socia de Advisory en Canadá, responsable nacional del Sector Sanitario y miembro del Global Healthcare Steering Committee de KPMG. Tiene 20 años de experiencia en el asesoramiento a organizaciones en las áreas de liderazgo y buen gobierno ejecutivo, planificación estratégica, mejora del desempeño y cambios organizativos complejos.



**Malcolm Lowe-Lauri**, socio, KPMG en Australia

Malcolm ha estado a la vanguardia de los esfuerzos de modernización del NHS, al haber ayudado a varias autoridades sanitarias del Reino Unido a implantar el cambio y a mejorar el rendimiento, tras haber colaborado con éxito con numerosos grupos de partes interesadas. Recientemente, Malcolm trabajó como CEO de University Hospitals Leicester (NHS) Trust, el tercer trust de hospitales universitarios más grande de Inglaterra con una facturación de 1.000 millones de dólares y una plantilla de 11.500 empleados, donde recuperó un programa de renovación de activos que estaba fracasando. Es una figura destacada a escala nacional e internacional; presidió el CEO's Research Forum del Reino Unido y fue miembro del NHS Future Forum, donde asesoró al Gobierno del Reino Unido sobre la legislación en materia de salud. Malcolm es actualmente socio de Advisory en Australia y forma parte del Centro de Excelencia de Sanidad Global de KPMG. Una de las áreas en las que está especializado es el desarrollo y la implantación de nuevos modelos de prestación de atención sanitaria para lograr cambios en toda la organización.



**Scott Maslin**, Director asociado, KPMG en el Reino Unido

Scott se centra en el rediseño de sistemas de atención y en la concertación (commissioning) de servicios basada en el valor, mediante el apoyo del desarrollo de servicios eficaces y de alta calidad que estén alineados con las necesidades de la población y que sean adecuados para el futuro. Ha dirigido el rediseño de sistemas de asistencia social y sanitaria estratégicos para los Gobiernos de Irlanda del Norte y de Jersey (Islas del Canal), así como en una serie de sistemas de atención complejos y de gran magnitud en toda Inglaterra. Scott se incorporó a KPMG en el Reino Unido tras trabajar en el NHS donde había adquirido experiencia en el rediseño de servicios y en la mejora de la calidad.



**Tan Wah Yeow**, socio, responsable de la práctica de Sanidad de Asia-Pacífico de KPMG

Wah Yeow tiene más de 20 años de experiencia en la prestación de servicios de asesoramiento y cumplimiento normativo a organizaciones sanitarias públicas y privadas. Sus clientes anteriores y actuales incluyen a diversos ministerios de sanidad, órganos estatutarios y grupos sanitarios privados en Singapur y en toda la región de Asia-Pacífico. Wah Yeow ha participado en numerosos encargos de transformación donde ha asesorado a organizaciones sanitarias sobre su estrategia de crecimiento, fusiones y adquisiciones, mejora del desempeño y buen gobierno.

Quisiéramos dar las gracias a todos los que han colaborado en este informe, especialmente a **Johanneke Maenhout**, **Ilse Matthijssen** y **Marieke van de Kerkhof**,

# Contactos del área de Sanidad

## Presidente

### Práctica de Sanidad Global

#### Mark Britnell

T: +44 20 7694 2014

E: mark.britnell@kpmg.co.uk

## Angola

### Fernando Mascarenhas

T: +244 227 280 102

E: femascarenhas@kpmg.com

## Argentina

### Mariano Sanchez

T: +5411 4316 5774

E: marianosanchez@kpmg.com.ar

## Australia

### Liz Forsyth

T: +61 2 9335 8233

E: lforsyth@kpmg.com.au

## Austria

### Johann Essl

T: +43 732 6938 2238

E: jessl@kpmg.at

## Brasil

### Marcos A. Boscolo

T: +55 11 2183 3128

E: mboscolo@kpmg.com.br

## Bulgaria

### Iva Todorova

T: +35 95 269 9650

E: itodorova@kpmg.com

## Canadá

### Georgina Black

T: +1 416 777 3032

E: gblack@kpmg.ca

## Europa Central y del Este

### Miroslaw Proppe

T: +48 604 496 390

E: mproppe@kpmg.pl

## Chile

### Santiago Barba

T: +562 2 798 1507

E: santiagobarba@kpmg.com

## China

### Norbert Meyring

T: +86 21 2212 2888

E: norbert.meyring@kpmg.com

## República Checa

### Karla Voráčková

T: +420 222 123 500

E: kvorackova@kpmg.cz

## Francia

### Benoit Pericard

T: +33 1 55 68 86 66

E: benoitpericard@kpmg.fr

## Alemania

### Volker Penter

T: +49 30 2068 4740

E: vpenter@kpmg.com

## Hungría

### Andrea Nestor

T: +361 887 7479

E: anester@kpmg.hu

## India

### Nilaya Varma

T: +91 98 100 85997

E: nilaya@kpmg.com

## Indonesia

### Tohana Widjaja

T: +62 21 574 2333

E: tohana.widjaja@kpmg.co.id

## Irlanda

### Frank O'Donnell

T: +35 31 700 4493

E: frank.odonnell@kpmg.ie

## Israel

### Haggit Philo

T: +972 3 684 8000

E: hphilo@kpmg.com

## Italia

### Alberto De Negri

T: +39 02 6764 3606

E: adenegri@kpmg.it

## Japón

### Keiichi Ohwari

T: +81 3 5218 6451

E: keiichi.ohwari@jp.kpmg.com

## Corea

### Kyung Soo Park

T: +82 2 2112 6710

E: kyungsoopark@kr.kpmg.com

## Luxemburgo

### Patrick Wies

T: +352 22 51 51 6305

E: patrick.wies@kpmg.lu

## Malasia

### Yeekeng Lee

T: +60 3 7721 3388

E: leeyk@kpmg.com.my

## México

### Andrés Aldama Zúñiga

T: +01 55 5246 8589

E: aaldama@kpmg.com.mx

## Países Bajos

### Anna van Poucke

T: +31 20 656 8595

E: vanpoucke.anna@kpmg.nl

## Nueva Zelanda

### Richard Catto

T: +64 4 816 4851

E: rcatto@kpmg.co.nz

## Noruega

### Bjørn Gunnar Johansen

T: +47 406 39826

E: bjorn.gunnar.johansen@kpmg.no

## Filipinas

### Emmanuel P. Bonoan

T: +63 2 885 7000

E: ebonoan@kpmg.com

## Portugal

### Fernando Faria

T: +35 121 011 0108

E: ffaria@kpmg.com

## Rumanía

### Maria Elisei

T: +40 37 237 7800

E: melisei@kpmg.com

## Rusia

### Victoria Samsonova

T: +74 95 937 4444

E: vsamsonova@kpmg.ru

## Singapur

### Wah Yeow Tan

T: +65 641 18338

E: wahyeowtan@kpmg.com.sg

## Sudáfrica

### Anuschka Coovadia

T: +27 82 719 2813

E: anuschka.coovadia@kpmg.co.za

## España

### Cándido Pérez Serrano

T: +34 914 513091

E: candidoperez@kpmg.es

## Suecia

### Kenneth Sorensen

T: +46 8 723 9100

E: kenneth.sorensen@kpmg.se

## Taiwán

### Eric K. J. Tsao

T: +88 628 101 6666

E: erictsao@kpmg.com.tw

## Tailandia

### Alexandra Depoire

T: +66 2677 2133

E: adepoire@kpmg.co.th

## Reino Unido

### Andrew Hine

T: +44 121 232 3744

E: andrew.hine@kpmg.co.uk

## Estados Unidos

### Ed Giniat

T: +1 312 665 2073

E: eginiat@kpmg.com

## Vietnam y Camboya

### Cong Ai Nguyen

T: +84 83 821 9266

E: acnguyen@kpmg.com.vn

kpmg.es



La información aquí contenida es de carácter general y no va dirigida a facilitar los datos o circunstancias concretas de personas o entidades. Si bien procuramos que la información que ofrecemos sea exacta y actual, no podemos garantizar que siga siéndolo en el futuro o en el momento en que se tenga acceso a la misma. Por tal motivo, cualquier iniciativa que pueda tomarse utilizando tal información como referencia, debe ir precedida de una exhaustiva verificación de su realidad y exactitud, así como del pertinente asesoramiento profesional.

© 2016 KPMG, S.A., sociedad anónima española y miembro de la red KPMG de firmas independientes, miembros de la red KPMG, afiliadas a KPMG International Cooperative ("KPMG International"), sociedad suiza. Todos los derechos reservados.

KPMG y el logotipo de KPMG son marcas registradas de KPMG International Cooperative ("KPMG International"), sociedad suiza.

Diseñado por Evalueserve.

Nombre original de la publicación: *As strong as the weakest link*

Número de publicación: 132148-G