

CLINICAS DE CHILE A.G.
Clínicas y Centros de Salud

Temas de Coyuntura

Número 83
JULIO 2015

AGREGANDO VALOR EN SALUD

La forma tradicional de evaluar los sistemas de salud ha cambiado. En todos los países del mundo, los diferentes sistemas de salud luchan contra el alza de los costos y las disparidades en la calidad de servicio.

En la búsqueda de soluciones definitivas se ha llegado al convencimiento de que es necesario potenciar el valor del sistema de salud para los pacientes cambiando un modelo centrado en la oferta (fundamentalmente los equipos médicos), por uno centrado en el paciente y sus necesidades. Esto puede ser un gran cambio en la estrategia de desarrollo de los sistemas de salud y los prestadores en particular, con un enfoque y estrategias que, en su mayoría, se pueden adaptar a diferentes estructuras de sistemas y organizaciones de salud en el mundo.

De este cambio se empezó a hablar en 2006, con el libro *Redefining Health Care*, de Michael Porter y Elizabeth Teisberg, donde se mencionaba un término clave: “agenda de valor”. Y se plantea la necesidad de una estrategia global que implica reestructurar la forma de entregar atenciones de salud, cuantificarlas y reembolsarlas. Desde entonces miles de informes y papers se han escrito sobre cómo implementar esta agenda. La mayoría de estas iniciativas están aún en etapa piloto, pero hay organizaciones -como la Clínica de Cleveland, en Estados Unidos, o la Clínica Schön, en Alemania- que han realizado grandes cambios introduciendo componentes de la agenda de valor en la gestión de sus organizaciones con excelentes resultados en términos de eficiencia y crecimiento en participación de mercado.

¿Hacia dónde vamos?

El primer paso de esta transformación debe ser definir una meta, y muchos malos resultados en estrategias de cambios se basa en una mala definición a este nivel. Las metas muy específicas como contener costos, aumentar el acceso o disminuir tiempos de espera son distractores que no logran resultados globales perdurables e incluso pueden afectar la eficiencia general (por ejemplo puedo aumentar acceso pero afectando la calidad de la atención). La meta de una organización prestadora de salud debe ser mejorar el valor para los pacientes. ¿Qué definimos como valor? La capacidad de conseguir los mejores resultados de salud para el paciente en relación con el costo que implica alcanzar esos resultados. ¿Cómo se consigue aumentar el valor? Mejorando uno o más resultados sin aumentar los costos o ajustando costos sin comprometer los resultados, o ambos.

La agenda de valor obliga a romper con una estrategia de crecimiento más basada en aumentar el volumen y mantener los márgenes, antes que en mejorar los resultados.

Los cambios están impulsados principalmente por los financiadores de las atenciones de salud (aseguradores y personas directamente) en una búsqueda de contener costos crecientes del sistema. En la práctica esto ha llevado, entre otros cambios, a que entre financiadores y proveedores se establezcan sistemas de pago basados en los resultados como una estrategia de optimización de la relación costos- beneficios, los prestadores de salud independientes se integren formando una cadena de atención y en que más médicos dejen sus consultas privadas para integrarse a un establecimiento de salud.

LOS CAMBIOS QUE SE OBSERVAN EN ESTADOS UNIDOS

Entre los cambios que se pueden ver en la industria médica de Estados Unidos por este fenómeno se encuentran los siguientes:

- El aumento de las fusiones y adquisiciones entre hospitales y grupos de salud.
- La disminución de camas en Estados Unidos, donde se pasó de 3 por cada 1.000 personas en 1999 a 2,6 camas por 1.000 personas en 2010.
- El congelamiento del salario de los médicos durante la última década.
- Grandes cadenas de retail -como Walmart o Walgreens- intentan penetrar en el mercado de atención primaria a gran escala, ofreciendo centros de atención médica dentro de las tiendas y supermercados a precios bastante más bajos que el valor de las consultas tradicionales.

La capacidad de los prestadores de poder traspasar a precios los costos crecientes está cada vez más disminuida. Por ejemplo, en Estados Unidos, los programas gubernamentales – Medicare y Medicaid-, cuando aumentan los pagos a los prestadores privados lo hacen por el mínimo, si es que lo hacen. La mayoría de los proveedores han registrado por más de una década pérdidas con los pacientes de los programas de seguridad social. El escenario debiera agravarse con el aumento de los pacientes de estos programas, la puesta en marcha del Obamacare y el envejecimiento de la población.

Estas restricciones en los programas de salud de planes sociales ya no pueden ser compensados a través de los seguros privados. Los empleadores hoy buscan reducir los costos de los seguros médicos que ofrecen a sus empleados, lo que consiguen negociando menores precios, reduciendo beneficios, aumentando deducibles y optando por planes con coberturas restringidas de prestadores. Por ejemplo, un nuevo programa del Sistema de Jubilación de los Empleados Públicos de California (CalPERS, según sus siglas en inglés) especifica que los pacientes que necesiten una prótesis de cadera o rodilla podrán obtenerla sólo en hospitales que han aceptado la tarifa convenida para el procedimiento. Si buscan otro proveedor más caro, deberán pagar la diferencia en la tarifa.

En un escenario donde los planes de salud con altos deducibles sobrepasan los dos dígitos, se les pedirá a los pacientes que paguen cada vez más. Muchas personas no quieren o simplemente no pueden hacerlo y se transforman en pérdidas o mala publicidad –o ambas juntas- para los prestadores de salud cuando intentan cobrarles sus deudas.

¿Cómo cambiar?

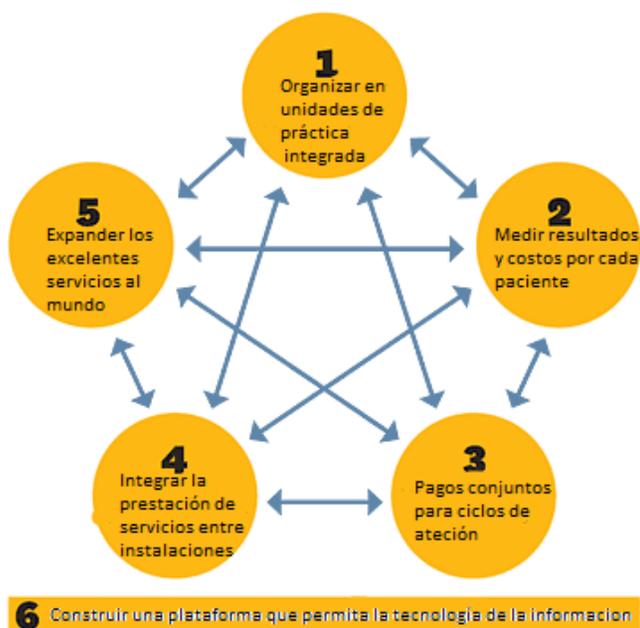
Los prestadores de salud entienden que en este escenario hay que desarrollar una estrategia que trascienda a la búsqueda de reducción de costos y responda a los nuevos modelos de pago y de atención.

No hacer nada implica desaparecer. Las recetas tradicionales que consideran aumentos de precios acorde a aumentos de costos hoy generan pérdidas de mercado. Las nuevas estrategias apuntan a mejorar valor y ser capaces de probarlo a los aseguradores, los empleadores y los pacientes. Este es un desafío que genera una competencia positiva en el mercado ya que los aseguradores que no privilegien a prestadores de alto valor, perderán afiliados ante aquellas que si los favorecen.

En la búsqueda de soluciones, la industria ha observado como algunas políticas que se han implementado, pero han sido insuficientes. Ejemplos de esto:

- Las regulaciones para reducir el fraude.
- Los incentivos para que las personas sean mejores “consumidores” de salud.
- Desarrollar nuevos y más convenientes modelos de atención primaria.
- Medicina basada en la evidencia
- Reducir los errores médicos.
- Modelos de pago de capitación integrales
- Registro clínico electrónico.

La estrategia para llevar a cabo la agenda de valor que propone Porter tiene seis componentes, que son independientes pero complementarios entre sí. Muchas organizaciones ya los utilizan en diversos grados de implementación y no deben ser visto como algo radical, si no que dependerá de los espacios que se puedan dar en cada organización



1. Organización en unidades prácticas integradas (IPU).

La estrategia de “aumento de valor” está transformando la manera en que los prestadores de salud organizan la entrega de las atenciones.

El primer paso en la estructuración de cualquier organización o negocio es organizar alrededor de las necesidades del cliente. En el sistema de salud, se requiere un cambio de la organización actual basada en los departamentos de especialidades y el servicio atomizado a una organización basada en la condición médica del paciente. A esta estructura se le denomina **Unidad de Práctica Integrada**, IPU (según sus siglas en inglés), conformada por el personal clínico y no clínico que provee un ciclo de atención completo para la condición del paciente. Estas unidades no sólo se ocupan de las enfermedades sino también de sus condiciones o circunstancias, buscando comprometer al paciente y su familia en el tratamiento. Por ejemplo, le brindan educación y consejos de salud, fomentando tratamientos y protocolos de prevención que apoyen comportamientos sanos, como no fumar, mantener rigurosamente la medicación recetada o bajar de peso.

El personal de estas unidades trabaja regularmente en forma conjunta en busca del objetivo común de mejorar los resultados del paciente. Se conoce y comparte la información, la cual se usa para tomar decisiones sobre el paciente, del cual las IPU se hacen cargo durante el ciclo completo de atención (las etapas de atención ambulatoria, hospitalaria y de rehabilitación, además de servicios anexos, como nutrición, trabajo social o atención mental). Todo esto es supervisado por un médico o un administrador de atención clínica, que está a cargo del equipo.

Los resultados de estas unidades han sido buenos. Comparados con resultados de otros establecimientos de la región, el Centro de Columna Vertebral del Virginia Mason Hospital de Seattle, uno de los centros que ha implementado el sistema, pierde menos días de trabajo (4,3 versus 9 por episodio) y hace menos visitas de terapia física (4,4 contra 8,8). También ha bajado los costos, con la disminución en un 23% del uso de RNM para diagnosticar dolor de espalda baja. Además, la clínica hoy ve unos 2.300 pacientes nuevos por año, los que se comparan con los 1.404 que veía con el sistema tradicional en el mismo espacio y con igual cantidad de empleados. Por supuesto sus resultados económicos han mejorado considerablemente.

Donde sea que existan las IPU, encontramos resultados similares, tratamientos más rápidos, mejores resultados, y usualmente mejores participaciones de mercado. Pero estos resultados solo pueden alcanzarse a través de una reestructuración de trabajo. El simplemente reubicar a los trabajadores en el mismo edificio o anunciando un Centro de Excelencia o un Instituto, no tendrá mucho impacto. Nacieron inicialmente para estar a cargo de condiciones médicas particulares, como el cáncer de mama y el reemplazo de articulaciones. Hoy en día, las IPU se orientan a distintas áreas de atención crítica y aguda, desde trasplante de órganos al cuidado de condiciones de salud mental como los desórdenes alimenticios.

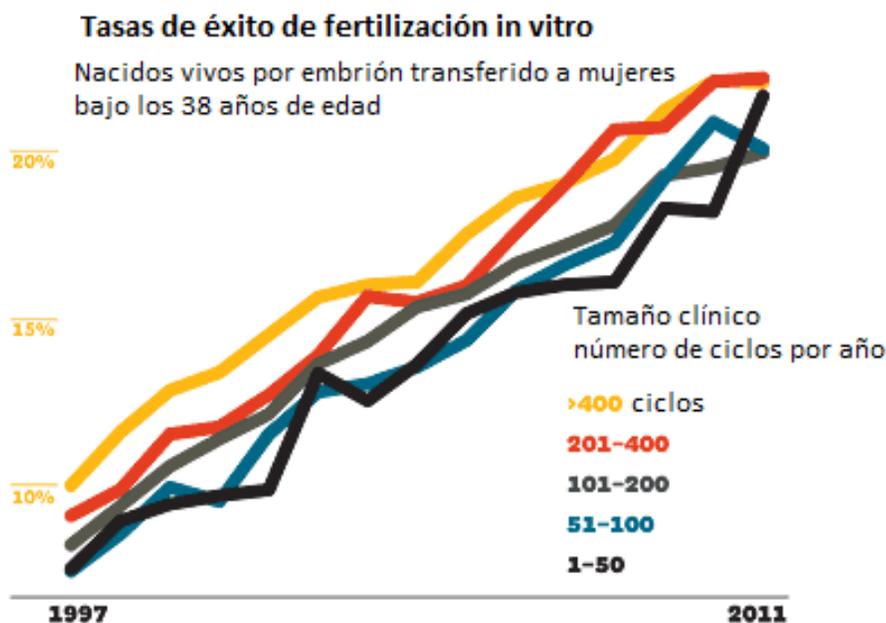
2. La medición de resultados y costos por paciente.

La medición rigurosa de valor (relación entre resultados y costos) es una de las medidas más importantes para mejorar el sistema de salud. La mayoría de los prestadores y aseguradoras de salud falla en esta etapa. Por sorprendente que parezca, pocos pueden explicar todos los recursos empleados durante el ciclo completo de atención de un paciente. Y las veces que los índices están disponibles, generalmente se refieren a cumplimiento de las etapas del proceso o protocolos. Por

ejemplo, en el caso de la diabetes se miden niveles de colesterol LDL o niveles de hemoglobina A1c aunque lo que realmente les importa a los pacientes es si perderán la visión, si necesitarán diálisis, si sufrirán un derrame cerebral o un ataque al corazón o si deberán someterse a una amputación. Son pocas las organizaciones que miden el destino de los pacientes diabéticos en todos esos posibles escenarios.

Por eso no es sorprendente que los pacientes no le asignen mayor importancia a las mediciones tradicionales de calidad, para ellos las verdaderas mediciones de calidad son los resultados de la atención médica y cuando estos resultados son recopilados y reportados públicamente, ejercen un fuerte incentivo a mejorar los resultados.

Un ejemplo de la importancia de la medición son las tasas de éxito de la fertilización in Vitro, que aumentaron considerablemente desde que en 1997 las clínicas comenzaron con los informes de desempeño públicos obligatorios.



Si se toma en cuenta los aspectos que le importan al paciente, los resultados debieran medirse por condición médica (como la diabetes) y no por especialidad (pediatría) o intervención (examen ocular). Los resultados debiesen cubrir el ciclo completo de atención para la condición, y rastrear el estado de salud del paciente después de que se completó la atención. A los pacientes les importa las tasas de mortalidad, por supuesto, pero también les preocupa su estado funcional. En el caso del tratamiento para el cáncer de próstata, las tasas de sobrevivencia a 5 años son típicamente de un 90% o incluso más altas, entonces los pacientes están más interesados en el desempeño de sus prestadores en los resultados funcionales cruciales, como la función e incontinencia sexual, donde la variabilidad entre prestadores es mucho más alta.

3. Migrar a pagos “paquetizados”.

Para que un modelo de retribución se oriente naturalmente a mejorar el valor de la atención hay que apuntar a esquemas que comprometan a los actores del proceso (aseguradores, prestadores pacientes). Por ejemplo un esquema de pagos que cubra el ciclo de atención integral de condiciones agudas o pagos para atención general de enfermedades crónicas por un periodo definido –generalmente un año- o de atención primaria y preventiva para una población definida (niños, por ejemplo). Este esquema de retribución alienta el trabajo en equipo y agrega valor a la atención.

Aun cuando no se pueda aplicar a todo tipo de prestaciones, es válida también su aplicación a casos específicos. Por ejemplo, el consejo del condado de Estocolmo decidió ocupar este modelo a partir de 2009 para todos los reemplazos totales de cadera y rodilla en pacientes relativamente sanos. ¿Resultado? Costos más bajos, mayor satisfacción del paciente y mejora en los resultados.

4. Oferta de sistemas de salud integrados.

Hoy las organizaciones de salud con múltiples localizaciones o sucursales entregan cada vez una proporción mayor de servicios de cuidado médico. En 2011, el 60% de los hospitales en Estados Unidos eran parte de esos sistemas, y representaron el 69% de las admisiones totales de 2011. Lamentablemente estas organizaciones entregan varias unidades de servicios, casi siempre independientes entre sí, lo que duplica las prestaciones. Esto en un contexto donde la premisa es optimizar, integrando sistemas para eliminar la fragmentación y la duplicación de los servicios.

Para alcanzar esa integración, se recomiendan cuatro medidas a implementar:

- **Definir el alcance de los servicios que se entregan:** La limitación en la gama de servicios ofrecidos nunca ha sido sencilla en esta industria –todas las organizaciones intentan hacer todo-, la agenda de valor requiere elegir opciones.
- **Concentrar el volumen en pocos centros médicos:** Los tiempos del “hacemos todo lo que necesita cerca de su casa o trabajo” resulta ser una buena estrategia de marketing, sin embargo no genera valor. Concentrar los volúmenes es fundamental para integrar los servicios y así incrementar el valor. La práctica indica que esta estrategia es fundamental en cierto tipo de prestaciones ya que genera equipos médicos más experimentados y eficaces: un reciente estudio de la relación entre el volumen del hospital y la mortalidad operatoria para los ciertos tipos de cirugía oncológica de alto riesgo, encontró que a medida que los volúmenes de los hospitales aumentaron, las posibilidades de un paciente de morir como resultado de la cirugía cayeron hasta en un 67 %. Para los pacientes, por lo tanto, puede ser mucho mejor viajar distancias más largas para obtener atención en lugares donde hay equipos con amplia experiencia en su condición.
- **Elegir las locaciones correctas para cada línea de servicio:** Hay que entregar servicios particulares en las locaciones donde la entrega de valor es más alta. Las dolencias menos complejas y los servicios rutinarios deberían trasladarse desde hospitales a instalaciones de bajos costo. Por ejemplo, en el Children’s Hospital de Filadelfia decidieron dejar de realizar el rutinario drenaje transtimpánico en sus instalaciones principales y lo trasladaron a sus centros ambulatorios de atención. Así disminuyeron los costos entre un 30% y 40%, además de liberar espacio y personal.

- **Integrar el cuidado de los pacientes a través de las diferentes locaciones:** Los proveedores deben distribuir los ciclos de atención a través de IPU, pero todos los servicios no tienen que entregarse en el mismo centro médico. Por ejemplo, alguien con dolor de espalda puede recibir una evaluación inicial y cirugía por un IPU localizado en un hospital, pero puede continuar la terapia física en un centro cercano a su casa, aunque el IPU siga manejando el ciclo completo. Los mecanismos integrados garantizan rentabilidad y control de gastos.

5. Ampliar el alcance geográfico.

Los proveedores de salud pueden ampliar sus servicios a pacientes que vivan en zonas más aisladas, aumentando el alcance de sus IPU a través de infraestructura satélite. El aumento de la extensión geográfica puede darse a través de diferentes esquemas:

Las instalaciones satélites se establecerán y proveerán de personal desde el hospital principal. En los modelos más eficaces, algunos especialistas rotan entre centros de salud, lo que le da sentido de unidad a la red. Los satélites realizan los cuidados más sencillos y los casos más complejos se derivan al hospital. En el MD Anderson Cancer Center, uno de los principales centros en la atención del cáncer en Estados Unidos tiene 4 locaciones en la región de Houston, donde los pacientes reciben quimioterapia, radioterapia y más recientemente cirugías de baja complejidad. Se estima que el costo de estos servicios en las sucursales alcanza una fracción del costo que implica dar estos servicios en el hospital matriz. En el año 2012 el 22% de las atenciones de radioterapia y el 15% de todo el tratamiento por quimioterapia se hicieron en centros regionales, al igual que el 5% de las cirugías. Además, la mitad de las operaciones que hoy realizan en el hospital principal podrían trasladarlos a satélites, con costos un tercio más bajos que los del centro principal.

Otro esquema de atención es la asociación o alianza con prestadores locales, usando sus instalaciones.

6. Construir una Plataforma de Tecnología de la Información.

Históricamente los sistemas de información de atención médica han sido diseñados sin mentalidad integral, definidos por departamentos, tipo de servicio y la clase de datos (por ejemplo, imágenes). Por eso, habitualmente los sistemas de información complican más que benefician un sistema de atención multidisciplinario integrado. Sin embargo, un sistema de información bien estructurado puede ser de gran ayuda y para lograrlo se necesita de seis elementos esenciales:

- **Centrado en los pacientes:** El sistema hace el seguimiento del paciente a través de servicios, centros y su historial de atenciones. Los datos se agregan en torno al paciente y no en torno de la unidad o el departamento.
- **Definiciones de datos comunes:** Se estandariza la terminología en los campos de datos de forma que todo el sistema hable el mismo “idioma”.
- **Un solo sistema para todos los datos:** Toda la información de los pacientes (fichas médicas, imágenes, pruebas de laboratorio y otros datos) son almacenados en un mismo lugar.
- **Registro del paciente accesible para todos los involucrados en su cuidado:** Esto incluye tanto a los médicos como al mismo paciente.

- **Incluye sistemas expertos para cada condición médica:** Los sistemas expertos ayudan a los especialistas a identificar los pasos necesarios (como los protocolos a seguir cuando un examen arroja resultados anormales o riesgos secundarios de cierta medicación) y los riesgos que se corren.
- **La arquitectura del sistema hace sencillo extraer información:** En sistemas eficientes, los datos tienen que permitir medir resultados, rastrear los gastos vinculados al paciente y controlar sus factores de riesgo. Toda esta información debe ser fácilmente extraíble. Estos sistemas además pueden permitir que los pacientes informen sobre los resultados de su atención, no sólo después sino también durante el proceso, lo que permite tomar mejores decisiones clínicas.

NOTA: Este documento es un resumen del artículo THE STRATEGY THAT WILL FIX HEALTH CARE de Michael E. Porter y Thomas H. Lee, 2013, publicado en la Revista Harvard Business Review.

Clínicas de Chile A.G. es una asociación gremial que reúne a los principales prestadores y establecimientos de salud privados de Chile en el proyecto común de entregar un mejor servicio de salud al país. Su objetivo es fomentar el desarrollo y perfeccionamiento de las instituciones prestadoras privadas, promoviendo el diseño de políticas públicas que permitan a todas las personas aprovechar la capacidad de gestión eficiente, la experiencia y las competencias del sector privado, para ampliar la cobertura y las opciones de atención en salud.