

II Congreso Internacional Clínica Universitaria Bolivariana



No solo se trata del diseño
y adecuados incentivos para asegurar
la generación de valor mediante
modelos de pago alternativos:
la correcta implementación determina
el éxito del objetivo

JORGE ISAAC GONZÁLEZ SEDANO¹

El Sector Salud Colombiano está avanzando en el desarrollo de **Modelos de Pago Alternativos** (*Alternative Payment Models* - APM por sus siglas en inglés) entre aseguradores y prestadores, no solo en respuesta a los crecientes costos de prestación de servicios, sino, en especial, por el claro propósito de lograr una mayor integración de servicios que hacen parte del Ciclo de Atención. En el proceso de implementación de modelos de **Pago Basados en Valor** (*Value-Based Payment* - VBP por sus siglas en inglés), se ha incursionado en diferentes alternativas, muchas de ellas ya probadas y en desarrollo en otros países, donde el reto sigue siendo la calidad del servicio, la eficiencia en los costos, la satisfacción del usuario y mejores resultados en salud.

Infortunadamente, en nuestro medio, el proceso ha sido muy lento, en parte por las grandes incertidumbres de tipo económico de un gran número de prestadores de servicios que no cuentan con sistemas de información y gestión de datos que les permitan soportar el desempeño y la medición de proceso y resultados de los modelos de pago, pero también porque carecen de suficientes competencias técnicas y habilidades en negociación y en metodologías de Control de Gestión que faciliten los procesos de planeación, supervisión, monitoria, análisis de desviaciones y toma oportuna de decisiones correctivas durante el desempeño operativo de los nuevos modelos de contratación.

¹ Médico, MBA, Especialista en Administración de Servicios de Salud, Gerencia de Mercadeo, Planificación y Administración del Desarrollo Regional. Director Latinoamericano para el Sector Salud de **PricewaterhouseCoopers A.G.** en Colombia. Bogotá, Colombia

Durante muchos años, la experticia del prestador de servicios ha girado en torno a cómo lograr la mejor atención, en términos de servicio, calidad y seguridad, para el paciente y su familia. Sin embargo, esto se está transformando, pues, mediante el diseño y desarrollo de modelos de PBV, de lo que se trata ahora es de lograr una mejor integración de los servicios ambulatorios y hospitalarios para reducir barreras de acceso, lograr una mayor coordinación entre los distintos niveles de atención con el fin de facilitar la gestión del riesgo primario y maximizar el valor de la atención durante todo el ciclo de atención. En el presente artículo, se revisarán los fundamentos de los diferentes modelos de PBV y se realizará una panorámica de los resultados y recomendaciones que se han obtenido de las experiencias desarrolladas por diversos países.

La agrupación de servicios que caracteriza los pagos prospectivos exige incrementos significativos en la eficiencia operativa de la prestación del servicio ambulatorio y hospitalario. Especialmente cuando persisten modelos de gestión en “silos” y existen grandes brechas derivadas de la insuficiente sincronización de Unidades Funcionales (UF) de apoyo diagnóstico y terapéutico, variabilidad en el uso de los recursos por baja adherencia a guías y protocolos, retraso en el alta de pacientes por la tardanza en los procesos administrativos internos y externos, y muchos otros desperdicios que representan el riesgo técnico y la pérdida de rentabilidad de clínicas y hospitales. Con el fin de resumir los aspectos claves a tener en cuenta en la implementación eficiente de modelos de PBV en clínicas y hospitales, abordaremos los componentes de un Plan de Acción Propuesto, el cual sintetizaremos a modo de “One Page”, con el fin de que el equipo directivo de la IPS cuente con una lista de chequeo que le facilite la preparación y puesta en marcha del(los) modelo(s) que eventualmente acuerde con el asegurador.

El incremento en los costos de la atención en salud y sus causas

El incremento del costo de la atención en salud es un hecho que afecta a todos los países. Dentro de sus principales causas se encuentra:

- El comportamiento demográfico que tiende a un envejecimiento poblacional lo que implica una mayor proporción de enfermedades crónicas que incrementan la demanda y los costos de atención.
- El incremento de la cobertura de servicios.
- Fragmentación y problemas de articulación entre niveles del Modelo de Atención.
- Sobrecostos derivados del riesgo técnico en la prestación del servicio.
- Variabilidad en los planes de manejo ambulatorios y hospitalarios.
- Incremento acumulado del IPC en salud.

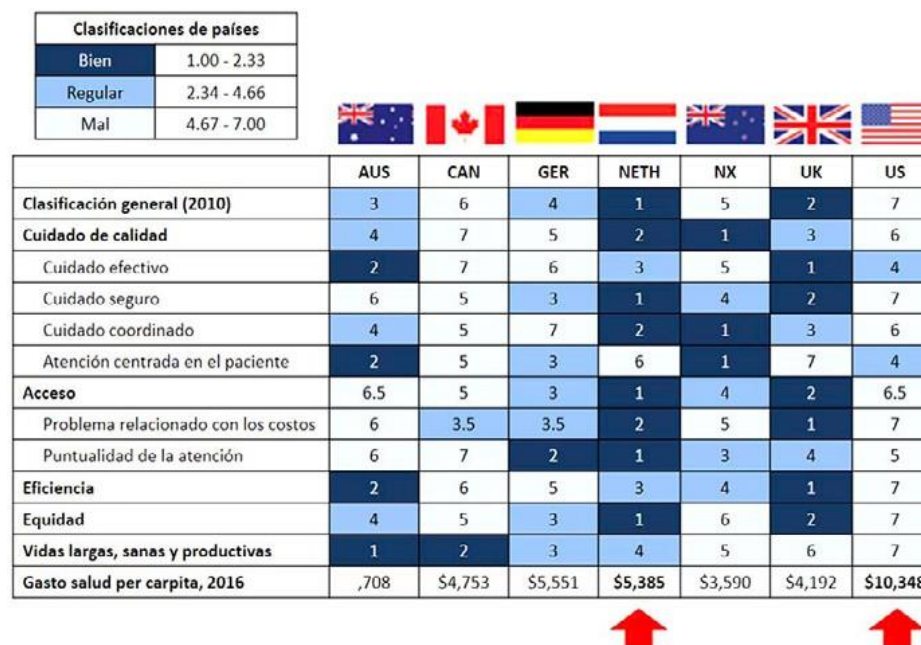


Figura 1. Ranking de eficiencia del gasto en salud de siete países desarrollados
 Source: Calculated by The Commonwealth Fund based on 2007 International Health Policy Survey; 2008 International Health Policy Survey of Sicker Adults; 2009 International Health Policy Survey of Primary Care Physicians; Commonwealth Fund Commission on a High Performance Health System National Scorecard and Organization for Economic Cooperation and Development, OECD Health Data, 2009 (Paris: OECD, Nov 2009)

Cada vez se da más importancia no al tamaño del gasto, sino a la eficiencia del mismo. En la Figura 1 podemos ver un ranking de resultados en calidad, acceso y eficiencia de siete países desarrollados. Aquellos países que están logrando buenos resultados aparecen en tonos oscuros, y aquellos que tienen problemas en varios aspectos de calidad, acceso y eficiencia, en tonos más claros. En la línea horizontal de la gráfica se aprecia el gasto per cápita en salud de los diferentes países. En este punto, se puede observar que los 10.348 dólares de Estados Unidos representan el doble respecto al gasto en el que incurren todos los otros países. Hay casos interesantes, como el de Holanda, que con la mitad del gasto de EE.UU. obtiene mejores resultados en varias áreas evaluadas, pues es claro que la fórmula no es gastar más sino hacerlo en forma eficiente y focalizados en el paciente.

El incremento en el costo médico también está siendo impulsado por el envejecimiento de la población, pues del crecimiento poblacional esperado, que será de mil millones más de personas para 2025, 300 millones tendrán edad superior a los 65 años. En Latinoamérica se proyecta que, para el 2025, el tamaño de la población será de 52 millones. Más de 20 millones de personas tendrán edades superiores a los 65 años. Con esta tendencia, estamos frente a un reto importante

de control del costo de la atención médica, pues se espera que el incremento de enfermedades crónicas sea del 57% para el 2020 y, de esta cifra, el 60% corresponderá a los países emergentes. Estas son razones suficientes por las que se debe replantear el modelo de salud actual, que definitivamente es incosteable.

Si pasamos del promedio mundial de edad del 2014, que era de 66 años, al objetivo de 80 años en 2034, y si seguimos haciendo las cosas igual, ya no se requerirán 0,65, sino 2,5 médicos por cada 1.000 habitantes (ver Figura 2).



Figura 2. Lograr los resultados en salud con los modelos tradicionales es incosteable

*Fuente: Análisis PwC

Con las enfermeras ocurre algo semejante, pues tendríamos que pasar de 1,3 a 5,0 por cada 1.000 habitantes; y en cuanto a camas de hospital necesitaríamos pasar de 1,3 a 3,5 para 2034. Este aumento no es sostenible pues vamos a necesitar 3,5 millones de camas adicionales, 3 millones más de médicos y 6 millones más de enfermeras. Por esta razón, algunos países, incluido Colombia, empiezan a andar otros caminos, pues de lo que se trata es de desarrollar mejores modelos de salud. Mencionamos, a continuación, tres estrategias que han estado evolucionando en mejores modelos, y que tienden a “des-medicalizar” y a “deshospitalizar” la atención en salud, mientras que reducen costos y permiten mejores resultados:

- Cambios en el lugar de atención
- Salud móvil
- Salud integrada, que incluye la prevención y la implementación de modelos de PBV

En la medida que se implementen en forma adecuada estas estrategias dirigidas a lograr acceso eficiente, la proyección del gasto global en salud a 20 años, arrojaría una reducción. Se pasaría, en ese lapso, de 246 billones de dólares a 156 billones, lo que representa un 36% de ahorro. En camas se requerirían 2,2 billones vs. 3,5 y, en cuanto a médicos, se reduciría la necesidad a 2 billones vs. 3.

En Colombia, el reto presupuestal para cubrir el gasto en salud se deriva, adicionalmente, de un progresivo incremento en la cobertura universal que ya se encuentra en el 96%¹, con un mayor nivel de acceso a los servicios de salud. El efecto del envejecimiento de la población ha sido proyectado por el DANE: para el 2050² tendremos un 27.5% de personas mayores de 60 años (ver Tabla 1).

Tabla 1. Porcentaje de personas con 60 años y más 2015 - 2050

	2015	2020	2050
Colombia	10.8	13.0	27.5
Mundo	12.3	13.5	21.3
África	5.4	5.6	8.9
Asia	11.6	13.1	24.2
Europa	23.9	25.8	34.5
América latina y el Caribe	11.2	12.8	25.4
Norteamérica	20.7	23.1	28.3
Oceanía	16.5	17.8	23.3
Las regiones más desarrolladas	23.8	25.8	32.9

*Fuente: DNP. Envejecimiento de Colombia y el mundo.2018. www.dnp.gov.co

En los últimos diez años, el incremento del gasto en salud ha conllevado a que el presupuesto para salud y protección social se triplique: se ha pasado de \$104 billones a \$32 en el 2019³. Según estimaciones de la Comisión del Gasto Público, la inversión en salud podría llegar a representar el 8.3% del PIB para el 2020⁴ y, dentro de sus conclusiones, menciona que existe “falta de coherencia entre los beneficios que ofrece el sistema y el flujo de gastos que genera, lo cual compromete seriamente la sostenibilidad financiera de los actores del sistema...”⁵ (ver Figura 3).

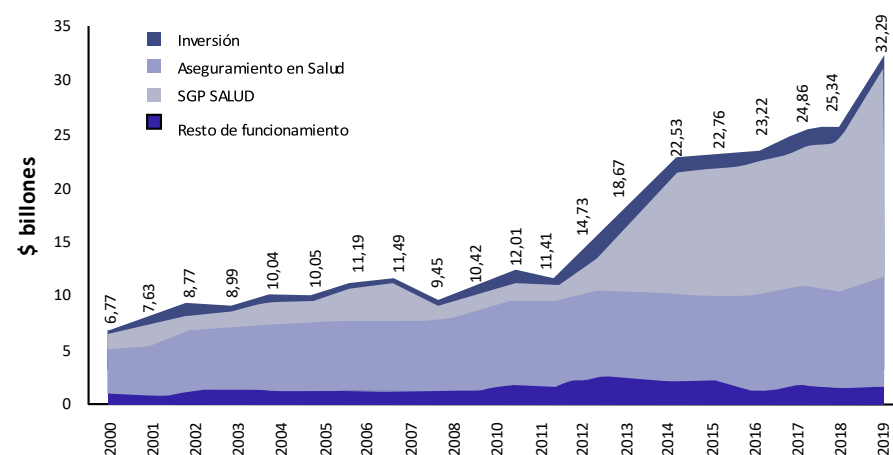


Figura 3. Evolución histórica del gasto público en salud 2000 - 2019

*Fuente: Minhacienda 2019

Es claro que estamos ante un escenario no sostenible y son muchos los factores que inciden en el costo médico, tanto en forma positiva como negativa. Algunos de estos factores, como la demografía, factores sociales y estilo de vida, inflación en salud e ineficiencias en el proceso de atención se pueden denominar “impulsores” del costo. Otros, se pueden denominar “deflatores” del costo, dentro de los cuales tenemos la innovación tecnológica, la transformación digital para lograr cercanía al usuario, el desarrollo de Sistemas de Gestión del Riesgo a lo largo del Ciclo de Atención, el desarrollo de modelos de salud que incluyan “des-medicalización” y “des-hospitalización” en la atención del paciente, la eficiencia operativa y la articulación entre los niveles de atención y la implementación de **modelos de VBP** (ver Tabla 2).

Son comprensibles las recomendaciones de la OCDE⁶ para Colombia en su informe “Focus on better ways to for health care - 2016”, en el que menciona que, a pesar de los importantes avances logrados en los últimos años con respecto a la cobertura universal y el bajo nivel de gasto de bolsillo (14%) que se encuentra por debajo del promedio (19%) de los países miembros, el sistema de salud en Colombia se enfrenta a desafíos en mejora de la calidad, eficiencia y sostenibilidad del sistema sanitario. Manifiesta, pues, que las compañías aseguradoras aún no se han convertido en compradoras efectivas y eficientes de los servicios de salud, es decir, donde se pague y compense, cada vez más, la calidad de la atención y los resultados en salud en su relación con clínicas y hospitales, en lugar del pago por volumen de servicios de salud prestados. En esa medida, el informe insta a

los actores a evolucionar hacia una relación más efectiva y eficiente entre EPS e IPS a partir del mejoramiento de la comprensión de las necesidades de los usuarios, la destinación de mayores esfuerzos a la prevención, la detección temprana, la gestión del rendimiento de hospitales y clínicas, apoyados en el desarrollo de sistemas de información y la implementación de **APM** con claros esquemas de incentivos por el logro de resultados.

Tabla 2. Factores que afectan la tendencia del costo médico

“Drivers” impulsores	“Drivers” deflatores
Demografía, enfermedades crónicas, estilos de vida	Entrada de nuevos jugadores emergentes con e-salud y transformación digital
Determinantes sociales	Agregación de valor a lo largo del ciclo de atención
Inflación en salud	Gestión integral del riesgo en salud
Cobertura universal de la población	Articulación de niveles y desarrollo de redes integradas de prestación de servicios de salud
Mayor cobertura de servicios de salud	Des-medicalización, des-hospitalización
Alto costo de nuevas tecnologías	Eficiencia operativa en la prestación de servicios hospitalarios
Ineficiencias del proceso de atención (fragmentación de servicios, desarticulación entre niveles, ineficiencia operativa)	Modelos de PBV

*Creación original

En nuestro medio, las relaciones entre aseguradores y prestadores de servicios de salud se han caracterizado por su carácter ‘transaccional’, pues predomina el pago por evento o actividad. Las experiencias y avances logrados en muchos otros países dan cuenta de que estas relaciones están migrando progresivamente hacia acuerdos de prestación de servicios mediante la implementación de modelos de **VBP** en los que prima la compensación del resultado en salud para el usuario y la agregación de valor a lo largo del ciclo de atención del paciente conforme la condición médica de las poblaciones aseguradas.

Modelos de pagos por desempeño y/o pagos basados en valor

Clasificación y características

Los **Modelos de Pago Alternativos (APM)** por sus siglas en inglés) surgen como estrategias orientadas a lograr un mejor desempeño en aspectos de calidad, reducción de costos de la atención y coordinación entre servicios y proveedores. Dependiendo del impacto en el resultado de la condición médica, estos agregarán o no valor al proceso de atención. Los modelos de pago por desempeño (P4P) y/o Pagos basados en Valor (VBP) corresponden a pagos y reembolsos que entrega el pagador al prestador, basados en calidad y no en cantidad. Los modelos de P4P también se denominan “ahorros compartidos” o “compras basadas en el valor”, y tienen como propósito reembolsar a los proveedores los servicios prestados en función del desempeño o calidad en diferentes entornos (consultorios, hospitales, centros ambulatorios).

Con estos se busca que el paciente reciba el mejor valor en función de la atención en salud, razón por la cual se introdujeron esquemas de incentivos económicos. Muchos de estos modelos miden la calidad del servicio, la satisfacción del paciente y el cumplimiento de metas en salud (morbilidad, mortalidad). Dependiendo del nivel de agrupación de procedimientos, especialidades y servicios, también se definen métricas específicas para evaluar el cumplimiento de acciones preventivas, de oportunidad en la atención ambulatoria, de adherencia a protocolos, de medición de reingresos y, en general, de desempeño en cada uno de los servicios dispuestos para atender al paciente a lo largo del Ciclo de Atención. Desafortunadamente, muchas veces se pierde el equilibrio de la métrica utilizada en el diseño de modelos y en la agrupación de servicios, pues en la relación pagador/prestador se termina dando un mayor peso a los indicadores de proceso vs. el resultado final del proceso de atención, perdiéndose con ello la oportunidad de generar valor.

En la actualidad, diferentes países estimulan el desarrollo de modelos alternativos de pago dentro de sus sistemas de salud buscando un mejor logro en los objetivos de costo/efectividad que permita contener el ritmo creciente del costo de las prestaciones mediante programas y modelos de pago que agreguen valor al proceso de atención a expensas de mejores resultados en salud.

De acuerdo con la literatura existente y las experiencias desarrolladas por varios países, los P4P se pueden clasificar en:

- **Pago por calidad:** se utilizan indicadores individuales o mixtos de estructura, proceso y resultado o la coordinación de las medidas de atención.
- **Pago por informes presentados:** el prestador de servicios recibe una compensación económica por cumplimiento en los reportes de indicadores de calidad.
- **Pago por eficiencia:** se recompensa la reducción o contención de los costos de prestación de servicios. Normalmente, se incluyen metas en el manejo de pacientes con enfermedades crónicas o indicadores de costo para el manejo de episodios relacionados con enfermedades agudas, así como la medición de indicadores de oportunidad en la atención (ambulatoria y/o hospitalaria).
- **Pago por el valor:** se miden indicadores de calidad y reducción o contención de costo. Los pagadores incorporan sistemas de compensación por el logro de la calidad conteniendo los costos en determinados rangos definidos o acordados previamente.

Es muy importante que exista una alineación entre pagador, prestador y paciente para que se logren excelentes resultados en salud. Por lo tanto, un buen diseño en el esquema de incentivos por resultados es clave para generar un relacionamiento positivo entre los actores de la cadena de prestación. Dentro de la clasificación de pagos prospectivos se pueden observar dos grandes grupos:

- Pagos prospectivos por agrupación de procedimientos y servicios.
- Pagos per cápita (simple, ajustada por condición médica).

Los **pagos anticipados o prospectivos** se pueden clasificar así: a) por procedimiento (Por DRG's); b) por diagnóstico; c) por día; o d) por precios agrupados. Todos ellos tienen como objetivo una mayor integración de servicios, racionalidad en los costos y mejores resultados para todos los participantes, sobre la base del resultado logrado para el paciente.

En abril de 2011, el *Health & Human Service* (HHS) de EE.UU., vía Medicare, lanzó el Programa Hospital de Compras Basadas en Valor (*Hospital Value-Based Purchasing Program*), que marcó el comienzo de un cambio histórico en la forma como Medicare pagaría la atención médica a sus proveedores, con el propósito de mejorar la calidad de la atención y racionalizar los costos. Los objetivos del programa fueron:

- Alta calidad y costo eficiencia del prestador.
- Coordinación entre múltiples prestadores.
- Medicina basada en evidencia.
- Adherencia a protocolos de atención.
- Rendición de cuentas y transparencia.
- Reducción de eventos adversos.
- Desincentivar “switcheo” de costos.

Se plantearon modelos de **VBP**⁷ agrupando procedimientos y servicios y premiando el compromiso de las instituciones por la adherencia a guías, protocolos y satisfacción del usuario. Este modelo se diferencia de las **compensaciones a los médicos basadas en calidad** porque, dependiendo de los resultados en calidad y costos, se reconoce una compensación diferencial según la especialidad. Los **programas de ahorro compartido** entre el prestador y el financiador permitieron la creación de Organizaciones de Atención Responsables (**ACO**, por sus siglas en inglés) en EE.UU., en las que se genera un paquete de ahorro y en las que cada organización recibe una parte para generar incentivos por logros en la eficiencia de costos hospitalarios y ambulatorios. En los nuevos **modelos de pagos agrupados**, una **ACO** puede recibir el pago combinado y, posteriormente, distribuir el pago entre los médicos y proveedores que participaron en la prestación del servicio. En otros casos, el pagador puede reconocer el pago a los médicos y proveedores participantes de forma independiente, pero puede ajustar cada pago de acuerdo con reglas previamente negociadas con el fin de que el pago a todos los proveedores participantes no exceda el monto total del pago definido. Para los proveedores, los desafíos de los pagos agrupados incluyen la definición de a quién pertenece el episodio de atención y la distribución del pago entre los diversos proveedores (ver Tabla 3).

Tabla 3. Modelos de pagos basados en valor - PBV

Experiencia EE.UU. - Pagos agrupados	
Se cubren todos los servicios de atención médica relacionados con un procedimiento específico	
1	Compras basadas en valor (VBP) Logro de los objetivos de calidad, eficiencia y resultados
2	Compensación de médicos basada en calidad Bonificación y/o sanción por resultados de calidad y por especialidad
3	Programas de ahorro compartido Se fomenta la creación de las ACO Enfoque de eficiencia en costes hospitalarios y ambulatorios
4	Nuevos modelos de pago agrupados (agrupación virtual) #1: La ACO recibe el pago y luego lo distribuye entre médicos y demás proveedores #2: Pagos independientes a médicos y proveedores con ajustes previamente acordados y con "techo"
5	Programa de reducción de readmisión Penalización por exceder lo presupuestado
6	Condiciones adquiridas en el hospital Reducción del 1% en el monto del valor acordado si se supera el 25% del año anterior

*Elaboración propia a partir de página oficial de Centers for Medicare & Medicaid Services

Como puede verse en la página oficial de *Centers for Medicare & Medicaid Services*⁸, los **programas de reducción de readmisión** premian la calidad y los resultados del proceso de atención, porque, si se presentan readmisiones por la misma causa por la cual se hospitalizó al paciente, se genera un efecto negativo en una porción del pago. Este premio o castigo en los pagos se aplica también a los programas por las **condiciones adquiridas en el hospital** en los que se miden las situaciones que afecten la salud y que se presenten durante la internación. Si sobrepasan el 25% de las registradas en el año anterior, se resta del valor a pagar por cada paciente hospitalizado, el 1% reconocido originalmente.

A continuación, se presentan algunas particularidades de otros sistemas o metodologías de **APM** que funcionan en la actualidad. Aunque en este texto tomamos como referencia los que se encuentran registrados en la página de *Centers for Medicaid & Medicare Services* de EE.UU, vale la pena observar estos modelos en los han incursionado muchos otros países:

- **Modelos de pago prospectivo para pacientes internados (IPPS, Inpatient Prospective Payment System):** en este se incluyen **grupos de diagnóstico** (GRD) con valores asignados para pago, conforme a los recursos promedio utilizados para cada GRD, y se hacen ajustes en función de los ingresos de los pacientes, para compensar a los hospitales que reciben más pacientes de este tipo. La institución recibe un pago adicional si hay actividad docente (Ajuste por Educación Médica Indirecta - IME), que varía en función del número de residentes por cama. Se efectúan ajustes en la compensación económica por parte del pagador cuando se registran casos costosos, con el fin de evitar el desequilibrio financiero del prestador.
- **Modelos de reembolso a médicos (RBRVS, Resource-Based Relative Value Scale):** se efectúan tomando en cuenta tres Unidades de Valor Relativo relacionadas con el trabajo del profesional y dispositivos médicos que se usan en el proceso de atención.
- **Modelos de pago por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (OPPS, Outpatient Prospective Payment System) y por cirugía ambulatoria (ASC, Ambulatory Surgery Centers):** en estos modelos se agrupan los servicios por tipo de enfermedad y procedimiento, y se reconocen valores por casos que registran desviaciones extremas del costo (*outlayers*). Si se trata de **pacientes en rehabilitación**, se reconocen los valores en función de su condición clínica tomando en cuenta el diagnóstico, el estado funcional y la edad. En todos estos casos, las agrupaciones para pago se hacen teniendo en cuenta los **Case-Mix-Groups** (CMG) de la institución, dentro de los cuales hay aproximadamente 92 categorías. Los pacientes se clasifican, además, en uno de cuatro niveles sobre la base de comorbilidades; cada nivel tiene un pago específico que refleja el costo de los pacientes que corresponden a ese nivel en relación con otros del CMG.

- **Modelos de pago para atención de pacientes psiquiátricos:** se definen tarifas por día conforme a las características de los pacientes y se reconocen pagos extra por servicios adicionales.
- **Modelos de pago por servicios de enfermería especializada (SNF, Skilled Nursing Facilities):** se definen tarifas por días hasta por 100 días de atención de pacientes. Estos se categorizan en grupos de acuerdo con su utilización de recursos (RUG) y su condición clínica.
- **Cuidados en el hogar:** en este se reconoce el pago por episodio de atención tomando en cuenta la condición clínica y los resultados obtenidos en la atención al paciente.
- **Modelos de pago para hospitales de acceso crítico (CAH, Critical Access Hospitals) con estadias de hasta 4 días:** agrupa servicios ambulatorios, internación, laboratorio, terapias y cuidado post agudo. En caso de que la institución hospitalaria se encuentre ubicada en zonas rurales, el reconocimiento del pago se hace por evento, con el fin de asegurarles mayores recursos.
- **Modelos de pago para servicios de hospicio:** incluye las “casas de retiro” o de “cuidados especiales”, donde se estabilizan los pacientes.

Panorama de experiencia y resultados en modelos de pagos basados en valor en diferentes países

Varios países se encuentran desarrollando sus propios modelos de **VBP** buscando mejorar la calidad, los resultados y reducir los costos. Cada caso tiene sus particularidades. Un buen panorama de experiencias internacionales se presenta en el informe *Paying for Performance in Health Care - Implications for health system performance and accountability*⁹ del **Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas Sanitarias** que representa la asociación entre la Oficina Regional de la OMS, varios gobiernos de Europa, la Comisión Europea, el Banco Mundial, UNCAM (Unión Nacional Francesa de Fondos de Seguros de Salud), la Escuela de Economía y Ciencias Políticas de Londres y la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres. Este apoya y promueve la formulación de políticas de salud basadas en evidencia a través del análisis de los sistemas de salud en Europa. En el informe mencionado se analizó la experiencia de doce programas P4P en diez países de la **OCDE**, con estudios de caso que incluyeron países con mayor gasto en salud (como los Estados Unidos) y otros con bajo gasto (como Turquía).

El análisis incluyó modelos de pago aplicados a nivel regional y nacional, en servicios de atención primaria y de tipo hospitalario. Los autores del estudio, conforme lo expresa la **OCDE** en su prólogo al informe, “*evaluaron críticamente los resultados comparándolos con los objetivos para los que se diseñaron los programas, así como sus efectos “netos” en los objetivos del sistema de salud, que tienen en cuenta los efectos secundarios*

positivos, las consecuencias no deseadas y los costos netos del programa”. En términos generales, el informe expresa que pagar por lograr un mejor desempeño no genera necesariamente un incremento relevante en la calidad de los servicios, aunque sí representa un apoyo importante para mejorar la gobernanza del sistema de salud.

El término “Pagos por Desempeño” (P4P) también se ha venido identificando como “Financiamiento basado en desempeño” y “Pago por resultados”, aunque muchas veces la métrica involucrada sea más dirigida a los procesos de atención y/o calidad que realmente a los resultados en salud. Esto da cuenta de que no existe una definición internacional aceptada de forma unánime. A continuación, se pueden observar las definiciones que diferentes organizaciones dan sobre P4P (ver Tabla 4).

Tabla 4. Definiciones que ofrecen diferentes organizaciones sobre los “Pagos de desempeño” (P4P)

Organización		Definición P4P
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality	Pagar más por un buen desempeño en métricas de calidad (sin fecha)
CMS	Centers for Medicare & Medicaid Services	El uso de métodos de pago y otros incentivos para fomentar la mejora de la calidad y la atención de alto valor centrada en el paciente (2006)
RAND	Corporación de Investigación y Desarrollo	La estrategia general de promover la mejora de la calidad recompensando a los proveedores (médicos, clínicas u hospitales) que cumplen con ciertas expectativas de rendimiento con respecto a la calidad o eficiencia de la atención médica (sin fecha)
World bank	Banco Mundial	Una gama de mecanismos diseñados para mejorar el desempeño del sistema de salud a través de pagos basados en incentivos
USAID	United States Agency for International Development	P4P introduce incentivos (generalmente financieros) para recompensar el logro de resultados de salud positivos (2008)
CGD	Center for Global Development	Transferencia de dinero o bienes materiales condicionados a tomar una acción medible o lograr un objetivo de desempeño predeterminado (2008)

*Elaboración propia a partir Cheryl Cashin, Y- Ling Chi, Peter C. Smith, Michael Borowitz and Sarah Thomson. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Paying for Performance in Health Care - Implications for health system performance and accountability.2014

Para efectos del estudio realizado, los autores adoptaron como definición de P4P “*la adaptación de los métodos de pago a proveedores para incluir incentivos y métricas específicas para promover la búsqueda de la calidad y otros objetivos de desempeño del sistema de salud*”.

Uno de los temas importantes que se debe considerar es el alcance de la definición de calidad. Para ello, se tuvo en cuenta la medición de dos dimensiones. Por una parte, la medición de los indicadores de desempeño en términos de la experiencia y satisfacción del usuario, la oportunidad de la atención y las barreras de acceso a los servicios por parte del paciente. Por otra, la medición de resultados que, desde luego, es más compleja y está relacionada con el logro de la calidad de vida y el alcance de los desenlaces esperados (morbilidad/mortalidad) en la condición de salud. La medición de los resultados en salud, sin lugar a duda, lo más importante, si de lo que se trata es de asegurar que se está generando valor en los servicios del ciclo de atención al paciente. Por lo tanto, además de los indicadores de estructura y del proceso de atención, se debe avanzar en los acuerdos entre pagador y prestador, en relación con las medidas de resultado, los ajustes de riesgo y el incentivo financiero. Las denominaciones de los diferentes programas o modelos que fueron analizados en el estudio en mención se pueden observar en la Tabla 5.

Tabla 5. Programas o modelos P4P analizados en el estudio del Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas Sanitarias 2014

Siglas en inglés	Programa o modelo P4P	Tipo de servicio
PIP	Programa de Incentivos de Práctica	Atención primaria
PHC	Atención Primaria de Salud	Atención primaria
QBS	Sistema de Bonificación de Calidad	Atención primaria
ROSP	Pago por Objetivos de Salud Pública (incluye especialistas de atención ambulatoria)	Atención primaria
DMP	Programas de Manejo de Enfermedades	Atención primaria
PHO	Programa de Desempeño de la Organización de Salud Primaria	Atención primaria
FM PBC	Esquema de Contratación Basado en el Rendimiento de Medicina Familiar	Atención primaria
QOF	Marco de Calidad y Resultados	Atención primaria
IHA	Programa de incentivos para médicos de la Asociación de Atención Médica Integrada (incluye especialistas de servicios ambulatorios)	Atención primaria
OSS	Organizaciones Sociales en Salud (incluye servicios ambulatorios prestados por los hospitales)	Hospitalario
VIP	Programa de Incentivos de Valor	Hospitalario
MHAC	Programa de Condiciones Adquiridas del Hospital de Maryland	Hospitalario
HQID	Demostración de Incentivos de Calidad Hospitalaria	Hospitalario

*Elaboración propia a partir Cheryl Cashin, Y- Ling Chi, Peter C. Smith, Michael Borowitz and Sarah Thomson. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Paying for Performance in Health Care - Implications for health system performance and accountability.2014

Dentro de las conclusiones de 12 estudios de caso efectuadas por el Observatorio Europeo se resaltan las siguientes:

- P4P no ha producido un cambio significativo en el rendimiento, sin embargo, las deficiencias en estos indicadores están relacionadas con un débil diseño del programa, incentivos inadecuados, métricas deficientes, falta de compromiso a largo plazo con el programa, incentivos compensatorios o debilidades en la metodología de evaluación.
- Los modelos P4P facilitan la aclaración de los objetivos de los proveedores, la mejora de los procesos de compra de servicios de salud y la medición de la actividad y del rendimiento. Asimismo, posibilita un diálogo más informado entre los compradores y proveedores.
- Si P4P se implementa de forma aislada, sin que existan otras medidas regulatorias orientadas a la alineación por el logro, no se cumplen los objetivos esperados.
- La medida de los resultados ha sido lo más difícil de implementar y rara vez incluye la mortalidad o la morbilidad. Predominan, entonces, las medidas de resultados clínicos intermedios, como el control de la presión arterial, los niveles de azúcar en la sangre y los niveles de colesterol.
- La definición adecuada de dominios e indicadores es específica del contexto y debe reflejar las prioridades de los pacientes y los compradores. Estos resultan más creíbles cuando reflejan un consenso entre una amplia gama de partes interesadas sobre qué constituye un buen desempeño y cómo debe medirse.
- Para que los proveedores consideren que vale la pena responder, el tamaño de los incentivos debe ser significativo. Además, deben afectarse muchos factores, incluida la razón de las brechas de desempeño subyacentes.
- Los programas que apuntan a incentivos para proveedores o equipos individuales muestran resultados más positivos que los dirigidos a instituciones. Sin embargo, para muchas medidas de desempeño, no sería válido responsabilizar a un profesional de la salud individual por los resultados.
- Los programas P4P pueden desempeñar un papel importante en el fortalecimiento del ciclo de gobernanza del sistema de salud, toda vez que afinan el enfoque en los objetivos estratégicos, crean incentivos para adoptar guías clínicas basadas en la evidencia, y mejoran la generación y uso de la información.
- Los dominios de rendimiento clínico e indicadores de los programas P4P forman la piedra angular de la mayoría de los programas y es conveniente que se definan conjuntamente entre pagador y prestador.
- A nivel de resultados en la calidad, se evidencia un impacto positivo de los incentivos por procesos de atención basados en la evidencia sobre el manejo de las enfermedades crónicas. En estos casos, dichos incentivos tienen mejores resultados que aquellos que son específicos y que están basados en indicadores.
- La experiencia del paciente no es un dominio de rendimiento común, y no se han mostrado mejoras en los programas que incluyen medidas de este tipo.

- Los programas con mejoras importantes en los procesos de atención también han demostrado rendimiento en la eficiencia (ganancias de eficacia) y ahorro de costos (directos) (Alemania DMP, Maryland HAC y Estonia QBS). En Alemania, la mayor aseguradora AOK informó un ahorro de entre el 8% y 15% de costos netos del costo anual total de la atención para afiliados con enfermedades crónicas (Stock et al., 2011). En Maryland se redujeron las complicaciones hospitalarias evitables en un 15%, generando ahorros de US\$ 110.9 millones para el sistema.
- En el programa OSS de Brasil, la combinación de una mayor autonomía hospitalaria con incentivos financieros basados en el desempeño generó un gran incremento de eficiencia y ahorro de costos. Los hospitales con contratos P4P brindaron atención de igual o mejor calidad que los hospitales no contratados, con un costo 50% menor por egreso. Se logró eficiencia en tasas de ocupación y rotación de camas. El promedio de la estancia también mostró un desempeño significativamente mejor para los hospitales contratados en P4P.
- Es evidente que la mejora en la generación y el uso de datos es el efecto de desbordamiento positivo más importante de los programas P4P (Ejemplo: QOF del Reino Unido). Los proveedores ven que el costo de invertir en TI se compensa con los beneficios de los ingresos directos del incentivo; ocurre, de la misma manera, con los beneficios de una mejor gestión y atención al paciente.
- Los resultados de este estudio sugieren que el énfasis en los programas P4P no debe estar solo en las medidas de desempeño y los pagos de incentivos, sino en el uso de enfoques integrales en los que los indicadores e incentivos desempeñen un rol de apoyo en lugar de un papel central. De ser así, el uso de los programas P4P podrían contribuir a establecer o mantener un ciclo de mejora del rendimiento en el sistema de salud y producirían beneficios superiores a los cambios en las medidas de rendimiento.

Un informe publicado en 2014 por *Journal of Clinical Research & Governance* (JCRG)¹⁰ presenta los resultados del estudio *Impact of Pay-for-Performance on Efficiency and Effectiveness in Hospitals: A Systematic Review*. En este se realizó la revisión sistemática de 34 modelos de pago de países con entornos diferentes, y se concluyó que, en términos generales, si los efectos de modelos P4P son alentadores o decepcionantes, se debe a las opciones de diseño y las características del contexto en el que se introdujo. Por esa razón, la implementación de P4P debe ir acompañada de planes de evaluación sólidos.

En el informe también se menciona que los sistemas de salud de los países de altos ingresos, incluyendo los EE.UU., el Reino Unido, Canadá, Australia, Nueva Zelanda, Alemania, los Países Bajos y España, están utilizando cada vez más modelos de P4P y VBP. A pesar de la amplia adopción de estos modelos en muchos países, la evidencia para respaldar su uso no es clara: todavía existen dudas con respecto a si son o no determinantes como estrategias exitosas para mejorar la calidad de

la atención. Dentro de las razones se menciona que esto depende del objetivo con que se definan los programas y los modelos de pago, así como las diferencias que existen entre los incentivos, los estándares, el número y tipo de indicadores, los dominios de calidad (experiencia del paciente, atención clínica, organización de la atención. Ver Tabla 6).

Los resultados de los estudios mencionados sugieren que los incentivos financieros tienen un efecto muy importante en el cumplimiento de los objetivos definidos para cada tipo de modelo de pago, pero es claro que no son los únicos, ni los determinantes del resultado.

Por su parte, en su publicación *Better Ways to Pay for Health Care, OECD Health Policy Studies*¹¹, de 2016, la OCDE aborda el estudio en 24 países miembros que reembolsan los servicios de **Atención Primaria** en modelos mixtos (valor fijo más un componente de suma global). También expresa que los **pagos complementarios** han ayudado a mejorar la coordinación de los servicios de salud entre diferentes niveles de atención. Hace referencia a los pagos ex ante las estructuras multidisciplinarias en Francia (*Expérimentations de nouveaux modes de rémunération* - ENMR) y en el pago ex post a individuos proveedores de pacientes con enfermedades cardiovasculares en Alemania.

La remuneración con modelos de pago global o agrupado de servicios se suele diversificar con otros modos de remuneración (excepto en Italia y Polonia). Con excepción de cuatro países (Bélgica, Dinamarca, México, Noruega), el pago capitado se ajusta según edad, sexo (Canadá, Chile, República Checa, Estonia, Hungría, Irlanda, Italia, Países Bajos, Nueva Zelanda, Polonia, Portugal, Eslovaquia, Eslovenia, España, Suecia, Suiza, Turquía, Reino Unido), condición de salud (Chile, Israel, Italia, Nueva Zelanda, Polonia, Portugal, Suecia, Suiza, Reino Unido) y otros factores de riesgo (Canadá, Chile, República Checa, Hungría, Irlanda, Países Bajos, Nueva Zelanda, Polonia, Portugal, España, Suecia, Suiza, Turquía, Reino Unido).

La OCDE menciona que, aunque los pagos complementarios son fuentes adicionales de ingresos, representan una parte relativamente pequeña del ingreso total del prestador de servicios (5% o menos). En este informe se menciona que en los programas de P4P de coordinación con complemento en el manejo integral de cardiología (Alemania), coordinación con complementos para reducir la tasa de Mortalidad Neonatal Temprana (ENMR por sus siglas en inglés) de Francia, y P4P en Atención Primaria (Portugal), se encontró que la adición de pagos complementarios estuvo asociada con una mejora en la calidad y la reducción en el gasto en salud. Sin embargo, también concluye que es difícil establecer una clara causalidad.

Tabla 6. Resumen de resultados de los estudios sobre el impacto del pago por desempeño en la eficacia y la eficiencia en los hospitales

Dominio	Número de estudios revisados	Países y/o ciudades	Tipo de servicio o institución	Medición	Resultado
Calidad	4	EE.UU. Taiwán	Hospitales	Porcentaje de pacientes que interrumpen tratamiento por dos o más meses; Índice de curación; tiempo del tratamiento; efectividad clínica	Mejora significativa
Efectividad	13	Massachusetts	Radiología	Informe del radiólogo; tiempo de respuesta	En diez de los trece estudios se encontraron efectos positivos de P4P en las medidas de calidad. En dos estudios se evidenció que los modelos de P4P tuvieron un efecto pequeño y no significativo en la calidad de la atención. Cuando se registró disminución de la calidad se pudo evidenciar que esta estuvo relacionada con la magnitud y reconocimiento de los incentivos y el bajo nivel de calidad antes de la intervención mediante un modelo P4P.
		Hawai Filipinas EE.UU. Países de bajos y medianos ingresos	Hospitales	Pruebas de hemoglobina, glicosilada, lipoproteínas de baja densidad; tasas de hospitalización; calidad de atención; resultado en salud por calidad de la atención	
			Hospital de manejo agudo	Calidad clínica; calidad de la atención; guías clínicas locales (protocolos)	
			Clínica para dejar de fumar	Lo que refieren los fumadores de la asesoría telefónica	
		Taiwán Hawai	Hospital	Calidad de la atención (cáncer de mama)	

Dominio	Número de estudios revisados	Países y/o ciudades	Tipo de servicio o institución	Medición	Resultado
		California Philadelphia Massachusetts	Organizaciones de atención preferida (hospitales y médicos)	Insuficiencia cardíaca; mamografía; prueba de HbA1c; cumplimiento de los objetivos del hospital	
			Grupos médicos	Manejo de medicamentos antidepresivos; uso de medicamentos para el asma; cuidado integral de la diabetes	
			Hospital de manejo agudo	Calidad de la atención a la neumonía; prevención de infecciones quirúrgicas	
Satisfacción del paciente	3	Países de bajos y medianos ingresos Hawai Irán	Hospitales	Evaluación de satisfacción de la atención mediante cuestionarios	Se encontraron efectos pequeños y no significativos
Mortalidad	4	EE.UU. Inglaterra Boston	Hospitales	Mortalidad a los 30 días; mortalidad hospitalaria a los 30 días	Dos de los cuatro estudios evidenciaron reducción significativa de la tasa de mortalidad (infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardíaca, neumonía y cirugía de revascularización coronaria) En dos estudios se evidenció un efecto parcial.
Resultado del cuidado	5	Países de bajos y medianos ingresos Nueva York Taiwán	Hospital, diferentes niveles del sistema de salud, departamento de salud, hogar de ancianos	Probabilidad de ingreso en el hospital o muerte; recurrencia (cáncer de mama); supervivencia del paciente (5 años - cáncer de mama); gestión mejorada de la infancia común; resultado del cuidado; resultados de la diabetes	En tres de los cinco se lograron efectos positivos. En dos los resultados fueron pequeños y sin diferencia significativa

*Elaboración a partir de resultados de la publicación del artículo de revisión sobre “Impact of Pay-for-Performance on Efficiency and Effectiveness in Hospitals: A Systematic Review. Suecia en Journal of Clinical Research & Governance (JCRG). 2014

En la Tabla 7 podemos ver algunos de los resultados obtenidos en la evaluación de impacto de modelos de VBP según el informe de la OCDE:

Tabla 7. Evaluación del impacto de modelos de pagos agrupados en países seleccionados de la OCDE

País	Tipo y nombre de la reforma de pagos	Impacto en calidad	Impacto en costo
EE.UU.	Pago agrupado de episodios de cuidados agudos, atención cardíaca y ortopédica (ACE)	Positivo	Reducción
Inglaterra	Tarifas de mejores prácticas en hospitales (BTP)	Intermedio	N.D.
	Pago por atención obstétrica	N.D.	Menor tasa en cesáreas, pero aún N.D. la reducción de costo
Suecia	Pago agrupado por episodio de atención (proyecto SVEUS)	Positivo	Reducción
Portugal	Pago agrupado por selección de condiciones crónicas	Positivo	Reducción
Países bajos	Pago agrupado para la enfermedad de Parkinson (ParkinsonNet)	Positivo	Reducción
	Pago agrupado para diabetes (enfermedades crónicas selectas)	Positivo	Ninguno

*Elaboración a partir de resultados de informe de la OCDE “Better Ways to Pay for Health Care, OECD Health Policy Studies”.Paris 2016

Algunas de las conclusiones de la revisión realizada por la OCDE sobre el avance de los modelos VBP son las siguientes:

- Las formas comunes de pagar a los proveedores no concuerdan con las prioridades actuales del sistema de salud, que consisten en adaptar los modelos de prestación de atención a la epidemiología cambiante brindar atención continua y de alta calidad a pacientes con necesidades de salud complejas en un contexto de recursos limitados.
- Si se diseñan de forma adecuada, los pagos basados en la población cumplen con los objetivos de la política de mejorar la calidad y la eficiencia.
- Los pagos complementarios, los pagos combinados y los pagos basados en la población han demostrado ofrecer un mejor valor para los pacientes.
- Los pagos complementarios para la coordinación han demostrado su potencial para mejorar la calidad y controlar los costos.
- Los efectos de los esquemas P4P en los procesos relacionados con la calidad son generalmente positivos; aunque no mejoran

- necesariamente los resultados de salud, sí generan beneficios en todo el sistema, a expensas de una mejor recopilación de datos o la creación de diálogos más informados entre compra- dores y proveedores.
- Los pagos basados en la población muestran un potencial para superar la fragmentación de la atención que conduce a una mejor calidad, resultados y des- aceleración en crecimiento del gasto.
- El sistema de pago dominante en los programas P4P tendrá un efecto positivo en la medida que el diseño de los incentivos sea el adecuado (pagos complementarios).
- A pesar de la carga administrativa adicional, el apoyo de las partes interesadas condujo a mejorar los protocolos de atención. Es fundamental equilibrar los intereses entre pagador y prestador para reducir el temor del riesgo financiero.
- Los pagos combinados mejoran la calidad, pero requieren mejores sistemas de TI. Cuando existen estímulos directos para que los proveedores inviertan en infraestructura de información, se logra una mejora en los datos (ver experiencias de modelo Advance ACO de Medicare y GK en Alemania).
- Se debe estimular a los prestadores para que realicen el monitoreo, la evaluación y los informes de retroalimentación de manera sistemática, con el fin de fomentar una mejor gestión en los procesos de atención.

En conclusión, la experiencia internacional muestra que existen diversos aspectos que determinan, en conjunto, la efectividad y la eficiencia de los programas P4P y VBP: el entorno, el relacionamiento entre aseguradores y prestadores y el manejo que se le da a: a) definición de los dominios de desempeño; b) selección de los dominios que se medirán; c) selección de indicadores para medir cada do- minio del desempeño; d) definición de la unidad para la medición del desempeño y la rendición de cuentas; e) la elección de las fuentes de datos para medir el des- empeño, entre otros.

La generación de valor se logra cuando se actúa coordinadamente a lo largo del ciclo de atención del paciente conforme a su condición médica

Cuando se trata de lograr la mayor **generación de valor** en el proceso de atención al paciente, es importante definir qué es el “**valor**”, toda vez que no se trata únicamente de lograr mejores indicadores de rendimiento del proceso, incrementar la calidad del servicio, contener el costo médico mejorando la experiencia del usuario ni del resultado parcial que se pueda lograr en la atención fragmentada del servicio. Conforme lo expresó Porter “lograr un alto valor para los pacientes debe convertirse en el objetivo general de la prestación de servicios de salud, con un valor

definido como los resultados de salud logrados por cada dólar gastado”¹². Es alrededor de este objetivo que se deben conciliar los intereses entre los diferentes actores en el sistema, de lo contrario no se lograría la sostenibilidad económica del mismo. En cuanto a la **generación de valor** para el paciente, los mecanismos de relacionamiento contractual entre pagador y prestador, a través de diferentes modelos de **VBP**, deben estar orientados al logro de este objetivo.

En la medida en que los modelos de **VBP** logren integrar, a lo largo del ciclo de atención, servicios en favor del usuario/paciente y conforme a su condición de riesgo o de enfermedad, van a alcanzarse mejores resultados en salud, pues, de esta forma, se estará evitando y/o reduciendo la fragmentación de los servicios. Con ello también se reduciría la prolongación en los tiempos de acceso mediante “avales” o “autorizaciones” de servicios, que serían innecesarias si se hace un buen uso de las bases de datos de poblaciones aseguradas, y si se diseñan procesos de atención con fundamento en Guías de Práctica Clínica (GPC), protocolos, Rutas Integrales de Atención (RIAS) y acuerdos contractuales con Anexos Técnicos claros y consensuados. La generación de valor se logra cuando el diseño y desarrollo de los modelos **VBP** facilitan la coordinación entre los servicios ambulatorios y hospitalarios que hoy, por la desarticulación entre los niveles de atención, afectan al paciente a quien se le sigue trasladando el esfuerzo del trámite administrativo.

En el ámbito hospitalario, no se trata simplemente de que seamos eficientes en la reducción de los desperdicios técnicos derivados de la variabilidad en el uso de los recursos (insuficiente adherencia a protocolos); Repetición de procedimientos diagnósticos por disparidad de criterios con los profesionales tratantes del servicio ambulatorio; Prolongación de estancias por insuficiente sincronización de servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico entre Unidades Funcionales (UF); Ineficiencias en procesos de soporte administrativo y operativo internos y también externos, especialmente cuando las aseguradoras causan una mayor estancia hospitalaria cuando no garantizan la oportunidad de un oxígeno domiciliario o la entrega del medicamento ambulatorio. Además de que todas estas ineficiencias del proceso de atención hospitalario incrementan los costos de prestación de servicios, contradicen la **generación de valor** a favor del paciente pues suman riesgos que afectan los resultados en salud.

Generar valor requiere de que el enfoque y la implementación de todas las acciones y servicios de salud estén centrados en el paciente a lo largo de todo el proceso de atención, ya sea que su condición médica se requiera para tratar una afección aguda o crónica, cubriendo la atención ambulatoria y hospitalaria en un “continuum” de acciones y apoyándose en una gestión de información clínica, a la cual puedan acceder la multidisciplinariedad de equipos de profesionales que participen en la búsqueda del mejor desenlace posible. La mezcla de modelos de **VBP** que sean diseñados y gestionados con este objetivo generarán VALOR para el paciente y la contención de costos totales será una consecuencia al actuar coordinadamente en todo el ciclo de atención. De lo que se trata, no es de reducir costos a expensas de

enfoques que se orientan todavía mediante la negociación y ajuste de tarifas de compras fragmentadas de servicios ambulatorios y/o hospitalarios. La reducción de costos se logra cuando se piensa en los resultados finales buscando evitar complicaciones y secuelas, cuando búsqueda de la mejor costo-efectividad que favorezca al paciente se efectúa en forma integral y transversal a lo largo del ciclo de atención, cuando el diseño, combinación e implementación de modelos **VBP**, aportan al resultado final, lo cual significa que muchas veces se debe invertir más en unos procesos para lograr menores consumos en otros.

Si el **valor** para el paciente se logra por la participación de diferentes servicios que pueda requerir a lo largo de su proceso de atención, en el que participa varios proveedores, es claro que la conformación y alianza entre prestadores **genera valor** para el usuario, en la medida que entre ellos se diseñen **modelos de atención** que aseguren el acceso oportuno y efectivo y el mejor proceso de atención para el paciente. El liderazgo en la **generación de valor** para el paciente es una prioridad del prestador y por ende debieran ser ellos los abanderados al momento de definir las Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud (RIPSS).

La mejor manera de medir la generación de valor para el paciente es cuando la medición enfoca los resultados de forma horizontal, conforme ocurre el ciclo de atención de su condición médica. De igual forma, se debe efectuar la medición de la racionalidad en el **costo total** de la prestación de los servicios (ver Figura 4).

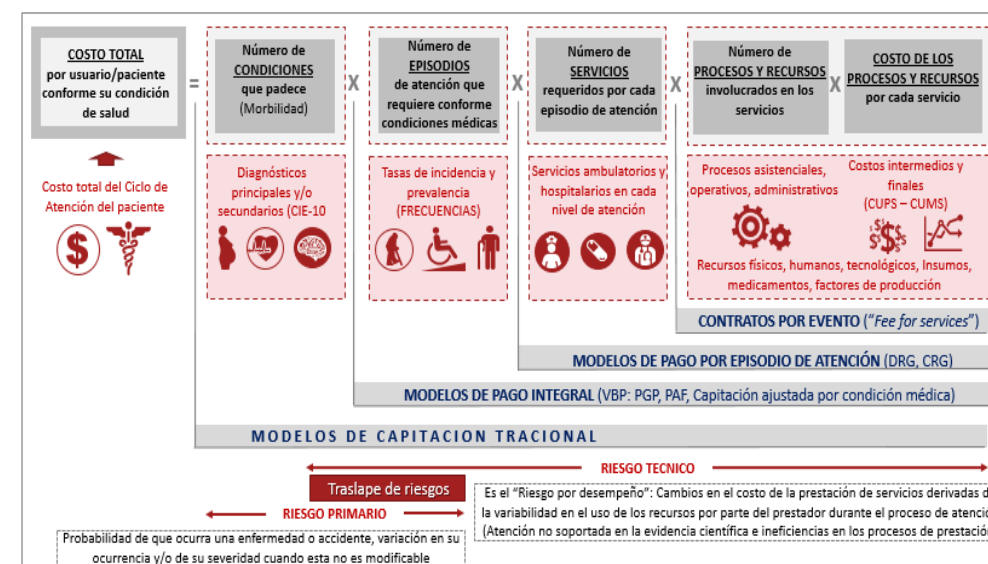


Figura 4. Componentes del costo médico y su relación con los mecanismos de pago, el riesgo primario y el riesgo técnico

*Elaboración a partir de Miller HD. From volume to value: Transforming health care payment and delivery systems to improve quality and reduce costs. 2008

La institución hospitalaria debe **integrarse “hacia atrás” y “hacia adelante”**, haciendo uso de los recursos que ofrece el ecosistema de salud, en alianza con proveedores de servicios ambulatorios, domiciliarios, virtuales, y desarrollando proyectos de transformación digital que aseguren más cercanía con usuario para atender sus múltiples necesidades de forma asertiva. La integración “hacia atrás” y “hacia adelante” evita, no sólo la congestión de los servicios de urgencias y de reingresos, sino que también amplía las oportunidades de efectividad en actividades de prevención secundaria que, de no atenderse oportunamente, generan posteriores sobrecostos, ya sea por incremento en la ocurrencia de eventos prevenibles y/o de mayor severidad o por la readmisión de pacientes recién dados de alta. Así, La **integración “hacia atrás” y “hacia adelante”** genera mejores resultados para el paciente y aumenta la rentabilidad en los modelos VBP. Con esto, se **genera valor** para cada uno de los participantes en la prestación del Ciclo de Atención del paciente, conforme su condición médica y de riesgo (ver Figura 5).

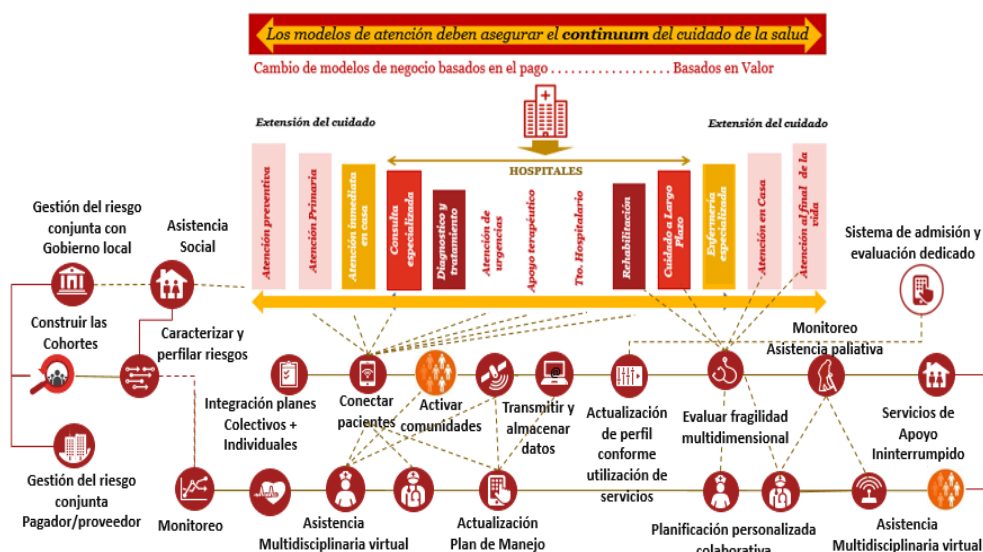


Figura 5. La relación coordinada entre pagador y prestador favorece el *continuum* en el ciclo de atención centrado en las personas

*Creación original

Conforme lo expresa Porter en su artículo *¿What is Value in Health Care?*¹³, la determinación del grupo de resultados relevantes para medir cualquier condición médica o población de pacientes debe seguir varios principios:

- Los resultados deben incluir las circunstancias de salud más relevantes para los pacientes.

- Deben cubrir la salud a corto y largo plazo. De esta manera, abordan un período lo suficientemente largo como para abarcar los resultados finales de la atención.
- La medición del resultado debe incluir una medición suficiente de los factores de riesgo o de las condiciones iniciales para permitir el ajuste del riesgo.

Con respecto a la medición de resultados, Porter expresa en el mismo artículo, que estos pueden organizarse en una jerarquía de tres niveles:

- **Nivel 1:** Estado de salud alcanzado o retenido
 - Supervivencia
 - Grado de salud o recuperación
- **Nivel 2:** Proceso de recuperación
 - Tiempo de recuperación y tiempo de volver a las actividades normales
 - Des-utilidad del proceso de atención o tratamiento
- **Nivel 3:** Sostenibilidad de la salud
 - Sostenibilidad de la asistencia sanitaria y recuperación
 - Consecuencias a largo plazo de la terapia

Preparación y puesta en marcha de modelos de pagos basados en valor

Hoja de ruta del proveedor de servicios

Un buen diseño y un buen acuerdo entre pagador y prestador no es suficiente si falla la implementación y el Control de Gestión a los modelos **VBP**. Aunque los pagos prospectivos son una oportunidad para mejorar los indicadores de liquidez del prestador, no se debe presionar la capacidad de adaptación y la preparación que requiere la implementación y el buen control porque se ponen en riesgo sus resultados financieros, destruye el valor y, en esa medida al ver resentidos los recursos de reinversión en calidad y seguridad de la atención, termina también afectando el resultado del paciente.

Hoy en día, la mayoría de proveedores de servicio en Colombia se encuentran rezagados en el desarrollo de habilidades y competencias relacionadas con diseño y administración de “notas técnicas” actuariales por grupos de población, metodologías de control de gestión, desempeño de modelos alternativos de pago, análisis de transferencia de riesgo primario, aplicación de reglas de ajuste por margen de riesgo y severidad, y muchos otros temas en los que el nivel de experticia ha sido desarrollado por el asegurador. Esta situación genera desequilibrios y asimetrías que afectan, no solo los procesos de negociación de modelos de pago alternativos, sino también la supervisión al desempeño de los mismos, y la conciliación y ajustes periódicos que requieren los contratos conforme variaciones en frecuencias y en riesgo que afectan los resultados

financieros del prestador (ver Figura 6).

El desarrollo de nuevas competencias técnicas en diseño, negociación y gestión del desempeño de modelos VBP es una prioridad para el sector prestador. Por esa razón, se hace indispensable que los directivos de centros médicos, clínicas y hospitales, e inclusive el sector farmacéutico, incluyan en sus agendas estos procesos de capacitación y entrenamiento. En la medida en que se logre equilibrar la información y habilidades relacionadas con modelos de pago alternativos se logrará un mayor equilibrio financiero en los acuerdos de pago y se alcanzarán relaciones de largo plazo que generen beneficio para todos los actores.

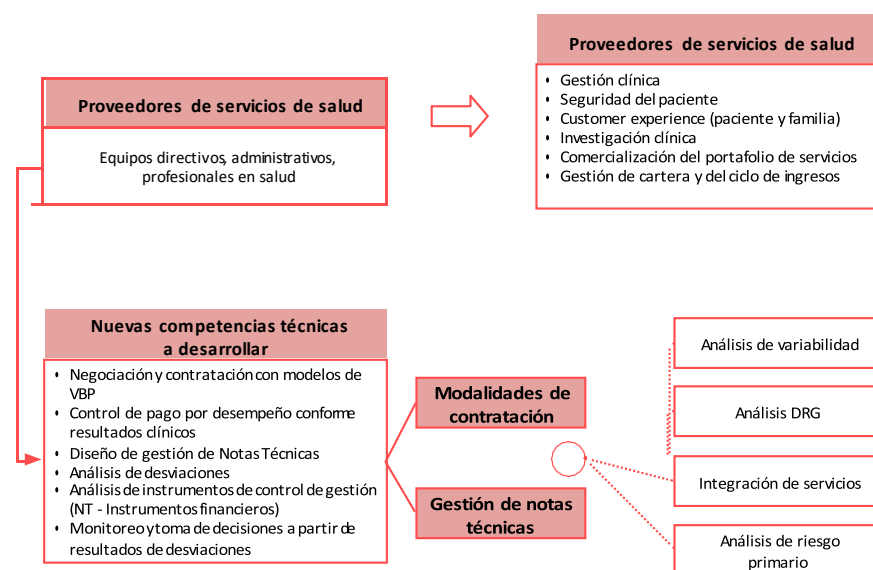


Figura 6. Competencias técnicas a desarrollar por los proveedores de servicios de salud para gestionar Modelos de Pago alternativos de manera exitosa

*Creación original

Colombia carece de un organismo técnico asesor que oriente el diseño e implementación de Modelos Alternativos de Pago (*Alternative Payment Models - APM*) en el sector público y privado, que tenga en cuenta las características propias de zonas geográficas, dispersión y tamaños de población, condición médica, métricas e incentivos recomendables, etc.

Otros países han avanzado en este sentido: por ejemplo, en EE.UU. se conformó la Red de Acción y Aprendizaje de Pago de Atención Médica (*The Health Care Payment Learning & Action Network – LAN*, por sus siglas en inglés) que es una organización público-privada creada para acelerar la transición del modelo de pago por servicio (FFS), hacia modelos de compra **APM** basados en calidad de la atención médica, mejores resultados en salud y eficiencia en los costos. **LAN** publicó en el 2016 el Marco de Modelo de Pago Alternativo “*Alternative Payment Model Framework*”¹⁴ que fue actualizado posteriormente con la participación de diferentes partes interesadas en la atención en salud, de tal forma que hoy, no solo cuenta con una nomenclatura o clasificación consensuada de APM, sino también con hojas de ruta específicas para su adecuada alineación entre pagadores y prestadores, su implementación y evaluación. En este artículo no se entrará a detallar las categorías definidas en el libro blanco de *Alternative Payment Model APM Framework* y las características específicas, pero sí tomaremos en cuenta la referenciación metodológica del “roadmap” en su implementación y control.

Dado el riesgo económico que implica para el prestador de servicios, es indispensable contar con una “**hoja de ruta**” que debe ser desarrollada con la participación de sus equipos directivos, administrativos y asistenciales. Las consideraciones que se deben tener en cuenta incluyen el conocimiento de las características particulares de los diferentes modelos de VBP, los criterios o claves de éxito, los aspectos relacionados con la eficiencia operacional desde la perspectiva de las mejores prácticas conforme las brechas que identifique en su modelo de operación:

1. Criterios de éxito: sientan las bases de la hoja de ruta.
2. Mejores prácticas de APM exitosas: coherentes con los criterios de éxito.
3. Hoja de ruta: incorpora criterios de éxito recomendados y mejores prácticas.

La implementación de modelos **VBP** exige mejores estándares de eficiencia operativa del prestador de servicios, especialmente en los servicios hospitalarios, por eso se requiere, adicionalmente, que la “**hoja de ruta**” contemple acciones inmediatas (previas y/o simultáneas) de optimización en la productividad y costo de prestación de servicios. A continuación, se presentan las actividades generales:

- Evaluación o estado actual de la eficiencia operativa vs. los estándares internos y los requeridos para cumplir con los objetivos de una propuesta de modelo **VBP**. Debe asegurarse el involucramiento de los equipos administrativos y asistenciales durante el proceso de evaluación.
 - Verificar el “Case Mix” de procedimientos ambulatorios y/o quirúrgicos que realiza la institución.
 - Establecer la línea base de productividad de las Unidades Funcionales (UF) con cifras de comportamiento histórico mínimo de un año.

- Establecer la línea base de costos por procedimientos intermedios y finales (CUPS intermedios y agrupados por diagnóstico).
- Ajustar línea base de costo por procedimientos conforme *outliers* identificados y de acuerdo con el índice de complejidad de la casuística atendida por la institución. Esta información es la base para evaluar casos de transferencia de riesgo frente a modelos VBP (PGP, PAF, Cápite ajustada por riesgo, DRG's), cuando se trate del mismo prestador al que se le remplazan contratos de evento por **VBP**.
- Indexación de los CUPS (Intermedios y finales) a los diagnósticos principales y secundarios (CIE-10).
- Actualizar los estándares internos de productividad y costos por procedimientos. Los estándares de costos deben ser resultado del costeo de procedimientos a partir de protocolos existentes en la institución.
- Identificar desviaciones en productividad y en costos (CUPS) con respecto a los estándares internos.
- Levantamiento de GAP de eficiencia operativa.
- Identificar los factores o variables asociados con las desviaciones que están produciendo las ineficiencias operativas en productividad y costos (causas de prolongación de promedios de estancia, tiempos muertos que afectan productividad de servicios, etc.).
- Evaluar el estado del Control de Gestión de la eficiencia operativa (Política, Objetivos, Funciones, KPI's, Tableros de Indicadores, Disponibilidad de información a interesados, procesos de supervisión y monitoría, metodología de análisis de desviaciones, mecanismos y empoderamiento en la toma de decisiones, y evaluación).
- Identificar el GAP del Control de Gestión.
- Establecer los márgenes actuales de rentabilidad del *pareto* de los procedimientos y servicios asociados a los diagnósticos.
- Identificar oportunidades de mejora y generar iniciativas para cierre de GAP's.
- Evaluación de la(s) propuesta(s) del(los) modelo(s) **VBP** del(los) pagador(es) dependiendo del tipo de pago prospectivo (PGP, PAF, Cápite ajustada por riesgo).
- Evaluar el perfil de riesgo de población que se incluirá en modelos VBP, conforme a la información suministrada por el(los) pagador(es).
- Establecer los requerimientos de capacidad instalada y disponible de acuerdo con la(s) propuesta(s) de eventos por atender y/o de la proyección de frecuencias reportada por el(los) pagador(es) tomando en cuenta el tipo de **VBP** que está en estudio.
- Identificar el GAP entre el costo (por procedimiento, per-cápite, etc.) propuesto en el modelo VBP por parte del(los) pagador(es) y la línea base de costo de la institución.
- Efectuar proyecciones de impacto en márgenes de rentabilidad, por procedimiento, Unidades Funcionales y total, de acuerdo con los costos propuestos. Incluir ahorros por reducción de transacciones en facturación y del costo de oportunidad ("gasto financiero") en el que no se incurriría al remplazar el evento por pago prospectivo.

- Identificar volúmenes de eventos que se deberán remplazar por servicios y Unidades Funcionales del mismo o de otros pagadores, con el fin de asegurar cumplimiento de mínimos y máximos de la demanda esperada del ingreso por el(los) contrato(s) bajo modelo(s) VBP.
- Actualizar márgenes de rentabilidad por procedimientos, servicios y U.F., conforme perfil de riesgo poblacional reportado por el(los) pagador(s) (se omite si es remplazo de contratos por evento del mismo pagador).
- Elaborar matriz y calificar el nivel de riesgo operativo y económico de la(s) propuesta(s) de VBP, por tipo de pagador.
- Generar el(los) Anexo(s) Técnico(s) para cada propuesta de modelo VBP, incluyendo las exclusiones que serán atendidas en pago por evento para casos de transferencia de "Riesgo Primario".
- Generar el Plan de Eficiencia Operacional y de Preparación Para Implementación del modelo VBP: La formulación de cualquier plan de eficiencia debe encontrarse alineada con los objetivos estratégicos de la institución, en cuanto a posicionamiento y diferenciación en función de resultados. El ajuste en costos por procedimiento debe realizarse cumpliendo las políticas de calidad y seguridad del paciente y los lineamientos de posicionamiento de resultados de procedimientos de alta complejidad conforme condición médica. La implementación de un modelo de VBP no es de competencia exclusiva de las áreas de convenios o comerciales, deben involucrarse las áreas de planeación, calidad, médica, científica, de operaciones, sistemas, jefaturas de unidades funcionales, sistemas de información, entre otros.
- Asegurar el involucramiento de los equipos directivos, administrativos y asistenciales con el fin de garantizar la apropiación de las estrategias y actividades del plan de trabajo.
- Involucrar al Departamento de Talento Humano y generar las estrategias de gestión del cambio requeridas, en consonancia con los hallazgos del diagnóstico inicial.
- Garantizar que el Plan de Eficiencia Operativa mantenga el equilibrio entre la eficiencia operativa y los resultados en calidad y seguridad del paciente. No pueden, ni deben formularse acciones de eficiencia operativa que no generen valor a los resultados del paciente.
- Incorporar las actividades de aprendizaje, comprensión y desarrollo de habilidades técnicas requeridas en el diseño, implementación y control de gestión del desempeño de las modalidades VBP que eventualmente se van a implementar.

A continuación, en la Figura 7, se resumen las acciones más importantes en la formulación de un plan de acción:

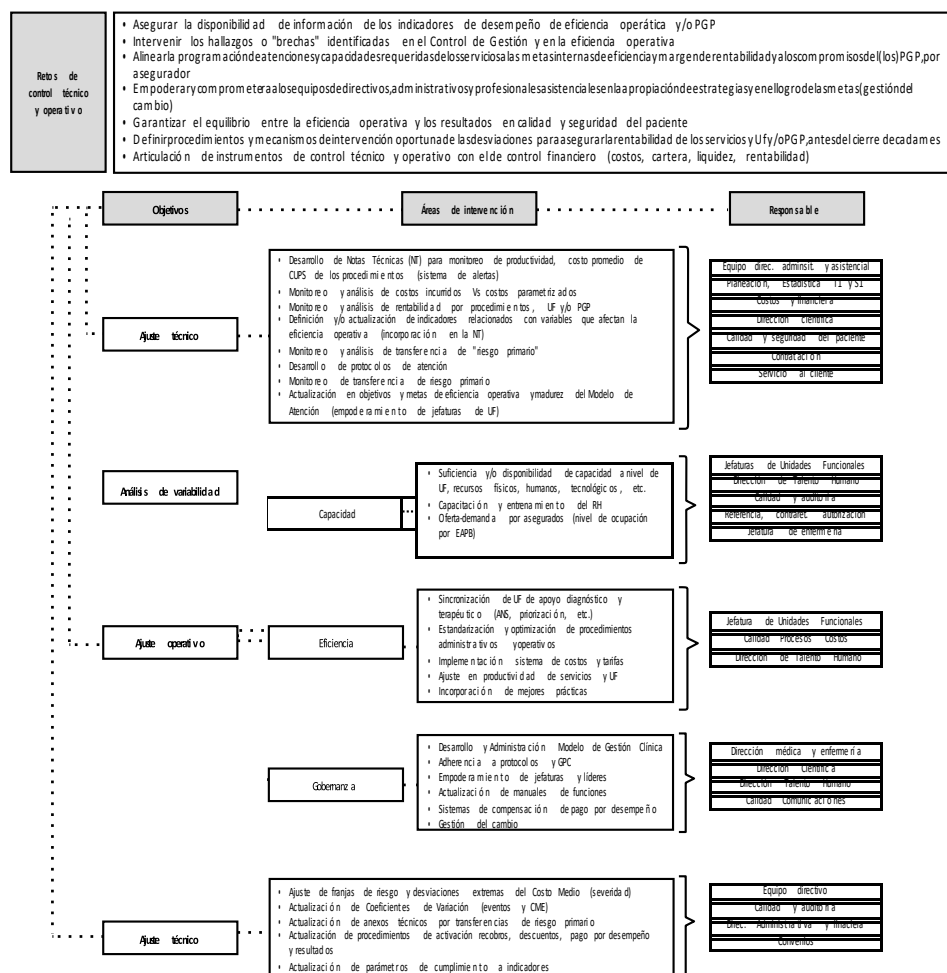


Figura 7. Plan de acción “One page”

*Creación original

- Ejecución del Plan de Eficiencia Operativa y de implementación del(os) modelo(s) VBP (diseño, construcción y puesta en marcha).
 - Definir el equipo de dirección del proyecto de ajuste a la eficiencia operativa y de implementación del(los) modelo(s) VBP.
 - Actualización de manuales de funciones de directivos, administrativos y jefes de UF en los aspectos de responsabilidad y eficiencia operativa, en concordancia con GAP, e identificados en el diagnóstico y en la gobernanza de la implementación y control de gestión al desempeño del(os) modelo(s) VBP.

- Efectuar las sesiones de “empoderamiento” de responsabilidades a las jefaturas de UF.
- Rediseño u optimización de procesos y procedimientos conforme oportunidades e iniciativas definidas en la fase de diagnóstico.
- Formulación y conciliación de los Acuerdos de Nivel de Servicio (ANS) entre jefaturas de UF, áreas administrativas y operativas, conforme formulación del plan.
- Ajuste de los indicadores y estándares priorizando los correspondientes a los procesos y servicios con mayor nivel de desviación en eficiencia operativa.
- Definir, conjuntamente con el pagador, la métrica del(os) modelos VBP que eventualmente serán implementados (calidad, eficiencia, resultados).
- Definir la métrica de las variables o factores que fueron identificados como causales de afectación en la eficiencia operativa en la fase de diagnóstico.
- Definir y/o ajustar el instrumento “Dashboard” que servirá para registrar y analizar el comportamiento de los indicadores, las variaciones, tanto a nivel operacional como en rentabilidad de procedimientos. Se recomienda elaborar la “Nota Técnica” que permitirá priorizar el monitoreo de los indicadores de eficiencia operativa y del control de gestión del desempeño de los modelos VBP. Una vez implementada, se debe proceder a sistematizar el instrumento y asegurar su disponibilidad a los miembros de los equipos administrativos y asistenciales.
- Efectuar los talleres de implementación de estrategias e iniciativas para cerrar la brecha del GAP en eficiencia operativa.
- Capacitar y entrenar a los equipos directivos, administrativos y asistenciales en fundamentos y control de gestión a modelos VBP.
- Capacitar y entrenar a los equipos directivos y administrativos en negociación de modelos VBP.
- Implementar los procedimientos definidos para el control de gestión a los modelos VBP.
- Elaborar el(los) Anexo(s) Técnico(s) del(os) contrato(s) del modelo(s) VBP, conforme a los acuerdos con el pagador.
- Implementar y/o fortalecer las estrategias e iniciativas relacionadas con mejores prácticas que soporten la eficiencia operativa: i) implementación y/o actualización del modelo de costos por procedimientos y UF; ii) Desarrollo de proyectos de TI y SI; iii) Transformación digital; iv) Gestión del cambio; v) Sistemas de compensación por resultados, etc., conforme prioridades estratégicas de la institución.
- Supervisión y monitoreo.
 - Definir y/o ajustar las responsabilidades de los niveles estratégicos, tácticos y operativos en la supervisión y monitoreo de la eficiencia operativa.
 - Definir y divulgar los objetivos de supervisión y monitoria con enfoque “transversal”, conforme la movilidad del paciente (Ambulatorio, admisión, Cirugía, Hospitalización, egreso, recuperación) en su paso por las diferentes UF, con el fin de asegurar la generación de valor.

- Definir las acciones que aseguren el acceso a la “Nota Técnica” o instrumento de control, a todos los equipos administrativos y asistenciales, con el fin de asegurar la sincronización en la supervisión y monitoria del desempeño operativo.
- Realizar seguimiento transversal de resultados y seguimiento transversal y total del costo.
- Definir, divulgar e implementar la metodología de “análisis de causalidad” de las desviaciones, tanto de eficiencia operativa como en el desempeño del(os) modelo(s) VBP.
- Implementar los mecanismos de retroalimentación y Comités Tácticos y Operativos de supervisión al desempeño de eficiencia operativa y de implementación de modelos VBP.

Contar con una adecuada visibilidad de los indicadores específicos de modelos VBP: gráficas de comportamiento, desviaciones y alertas, es fundamental para su adecuado y oportuno Control de Gestión, por lo tanto, se debe contar con un instrumento o “Nota Técnica” adecuada que, como mínimo, debe contener (Ver Figura 8):

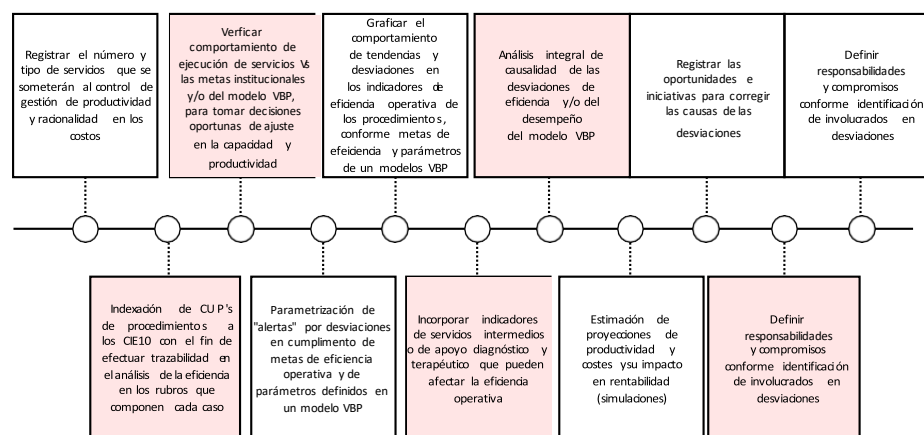


Figura 8. Actividades que deben ser soportadas por la Nota Técnica

*Creación original

- Toma de decisiones correctivas: la toma oportuna de decisiones es determinante en el resultado mensual del desempeño de un modelo VBP. Por lo tanto, debe asegurarse la funcionalidad del comité operativo, que dependerá de su conformación con directivos y profesionales que garanticen el nivel de responsabilidad y empoderamiento suficiente, con el fin de que puedan tomar las

decisiones técnicas y operativas a que haya lugar. Esperar los resultados de fin de mes podría ser tarde para evitar los desperdicios técnicos y la afectación de resultados y rentabilidad.

- Decisiones de ajuste técnico: ajuste y/o adherencia a GPC y protocolos; exclusión de procedimientos por transferencia de riesgo primario; empoderamiento de jefaturas de UF; optimización de procesos Lean Six sigma; ajuste de estándares; desarrollo y/o integración de servicios ambulatorios y domiciliarios; desarrollo e integración de modelos de atención para atender integralmente condiciones médicas, en alianza con otros proveedores de servicios; ajuste de estándares de compensación equipos y UF; coordinación con los pagadores en la implementación del sistema de Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS); etc.
- Decisiones de ajuste Tecnológico y Operativo: desarrollo de Nota Técnica de modelos VBP y articulación con módulos de Costos, flujo de caja y contabilidad; sincronización de servicios entre UF; ajuste y/o redistribución de capacidad instalada y disponible por pagador; ajuste de RH; procesos de coordinación de autorizaciones con pagadores; procesos de sincronización de altas; automatización del flujo de pacientes; optimización en procesos de control de infecciones (*Hospital Environmental Services* - EVS); sistematización de la gestión del conocimiento y experiencia en eficiencia operativa y modelos VBP; desarrollo de Redes integradas de Prestación de Servicios (RIPSS); entre otros.
- Decisiones de ajuste contractual: acuerdos con pagador en reglas de ajuste por margen de riesgo y/o desviaciones de severidad que no sean imputables al desempeño del prestador; negociación con profesionales adscritos y *outsourcing* internos de servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico en conformidad con su participación en atención de pacientes incluidos en modelos VBP, con el propósito de ajustar costos de prestación y hacerlos partícipes de liquidez del pago prospectivo.

Imperativos y recomendaciones para la implementación

De tipo estratégico

A nivel global, los proveedores están redefiniendo y ajustando sus organizaciones, con el fin de responder eficientemente al ciclo de atención de la condición médica del paciente, para lo cual es necesario establecer alianzas estratégicas (entre IPS, operadores logísticos, industria farmacéutica, servicios de ITS y virtuales). Esto tiene como propósito la creación extramural de nuevos puntos de acceso y la integración de servicios para atender determinado mix de condiciones médicas.

Las definiciones estratégicas de la institución determinarán el nivel de integración que deseen desarrollar y, desde luego, el nivel de adopción y combinación de modelos **VBP**, para mantener su competitividad en los próximos años. Pues, independientemente de que todos los proveedores sigan innovando y desarrollando proyectos en calidad, seguridad de paciente, productividad, eficiencia en costos, tecnologías y sistemas de información, entre otros, es claro que buscarán un mayor nivel de especialización y diferenciación.

Al respecto, un análisis realizado por el *Health Research Institute* (HRI, por sus siglas en inglés) denominado *¿Provider systems of the future: What happens when the hospital is no longer the center of the health universe?*¹⁵ (publicado en octubre de 2018) permitió identificar cuatro tipos de proveedores que se desarrollarán a futuro. El informe menciona que varios Hospitales se distinguirán por entregar los servicios y atención más avanzada y, por lo tanto, serán los **“líderes de producto”**; otros prestadores se caracterizarán por su nivel de servicio y atención buscando con ello ser los **“líderes en experiencia”**; otros se diferenciarán por el nivel de integración de servicios buscando cubrir la mayor parte del ciclo de atención del paciente conforme su condición médica, y por ello serán **“líderes en integración”**; y, finalmente, un cuarto grupo de proveedores se especializarán como **“gestores en salud”** enfocándose en cubrir grupos de poblaciones específicas (ver Figura 9).

Tipo de proveedor/ Enfoque	Enfoque	Consumidor	Riesgo	Clínico	Menor costo	Tecnología de información	Cultura	Crecimiento y M&A	Equidad en salud
		Experiencia en uso y lealtad	Combinación de ingresos basados en riesgo y en pago por evento	Atención integral de salud (física y virtual)	Mayor eficiencia y menor costos (tarifas competitivas)	Conectada - Plataformas modulares y analítica avanzada	Profesional centrado en el usuario - Cultura del talento a través de la red	Amplitud de activos y modelos económicos alineados	Enfocado a determinantes sociales en salud y bienestar general del usuario
Líderes de productos	Brindando la atención más avanzada y los mejores resultados								
Líderes de experiencia	Conocidos por la excepcional satisfacción y lealtad del cliente								
Integradores	Enfatiza el valor en un sistema de redes de atención de gran escala y alcance								
Gestor de salud	Centrándose en la salud de poblaciones								

Figura 9. Modelo de competidor y énfasis que desarrollará para diferenciarse y mantenerse competitivo

*Adaptación propia a partir de: “¿Provider systems of the future: What happens when the hospital is no longer the center of the health universe?”. Health Research Institute analysis – HRI - PwC. Octubre 2018

En Colombia no se ha realizado un estudio exhaustivo sobre la tendencia en la adopción de modelos **VBP**, pero es claro que ha venido creciendo progresivamente. Especialmente a nivel de los Pagos Globales Prospectivos – **PGP**, con límites máximos y mínimos, bajo la figura de Pagos por Actividad Final – **PAF**, o sin ellos y cápitas ajustadas por condición médica (sobre todo para grupos de poblaciones específicas). En EE.UU., el **HRI** de **PwC**¹⁶ efectuó una encuesta entre una muestra de pagadores y se evidenció que la tendencia al crecimiento y transformación del *fee for services* hacia modelos **VBP** continuará con mayor énfasis en los próximos años (ver Figura 10).

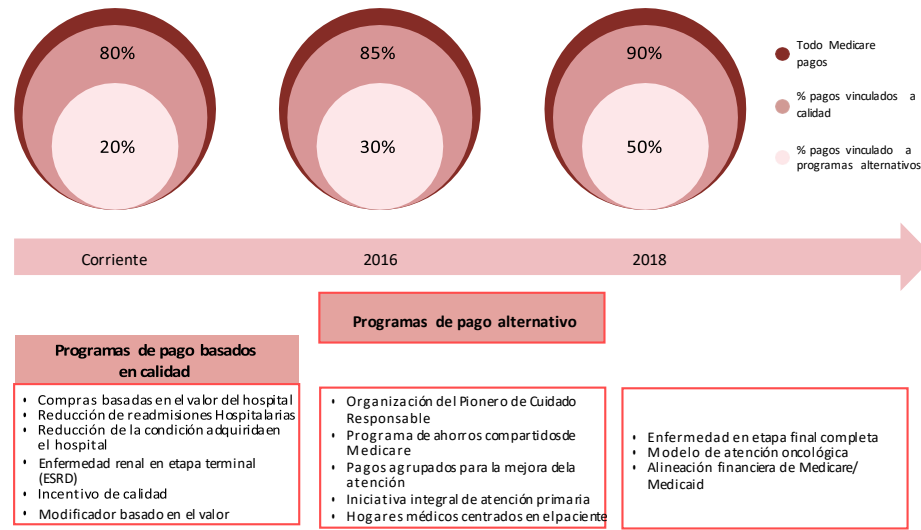


Figura 10. Pago de CMS cambia 2015 - 2018 Medicare: compromiso hacia modelos de Pagos Basados en Valor - VBP

*Fuente: HRI – PwC. HRI’s closerlook. Healthcare’s alternative payment landscape. Centros para Medicare & Medicaid Servicios. 2015

Otro elemento importante de la definición estratégica es la velocidad en la adopción de los modelos **VBP**, pues estos mecanismos se están convirtiendo en factores de competencia entre proveedores para “captar” o “mantener” los ingresos de los contratos actuales. La velocidad en el avance de adopción de modelos de pago alternativos irá definiendo una estructura de mercado en el sector salud que ya se ha caracterizado ampliamente en otros países. De esta forma, tendremos diferentes “arquetipos” de mercado conforme sea el nivel de relacionamiento entre pagador/prestador y la integración de servicios lograda para las poblaciones aseguradas (ver Figura 11).

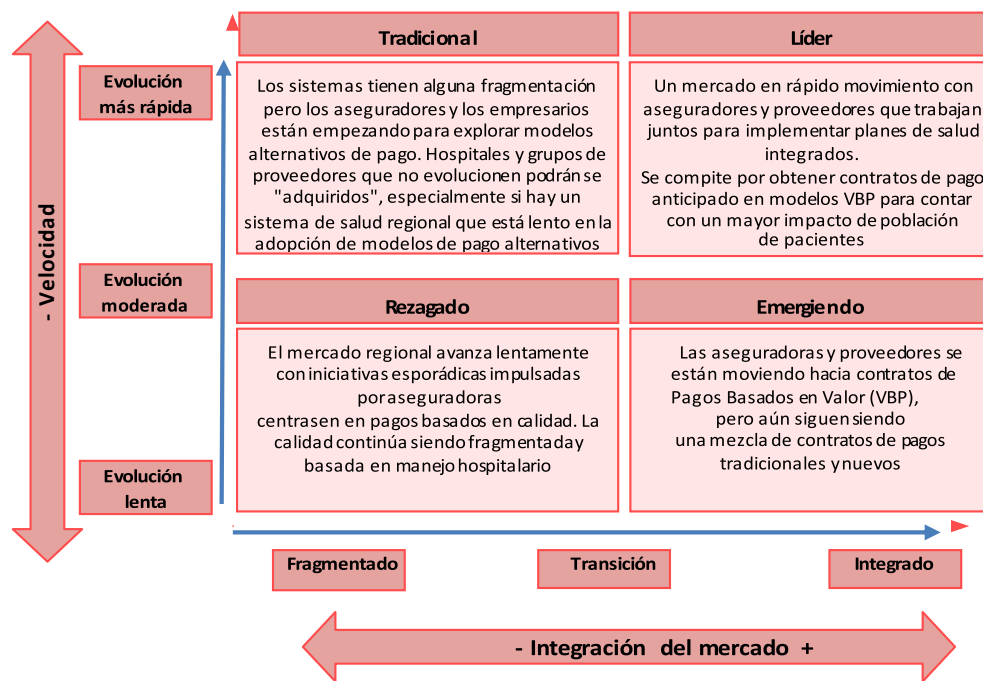


Figura 11. Arquetipos de mercado

*Fuente: Strategy&, PwC Health Research Institute analysis

De tipo tecnológico y de sistemas de información

Acelerar procesos de transformación digital y de analítica de bases de datos, desarrollados conjuntamente entre asegurador y prestador, favorece el enfoque integrador y de coordinación entre niveles de atención que puede desarrollarse a través de los modelos VBP.

El resultado será una potenciación en la generación de valor, si el foco de atención está puesto en las necesidades del usuario a lo largo del ciclo de atención. La inversión en tecnologías virtuales favorecerá el *continuum* de la atención en salud incrementando los resultados de la triple meta y favoreciendo la sostenibilidad del sistema de salud, en la medida que se evite la fragmentación e inoportunidad del servicio que hoy sigue afectando los desenlaces en la condición de salud del paciente e incrementando el costo médico.

Los sistemas de información desarrollados conjuntamente con el pagador deben enfocarse en la captura de datos y generación de indicadores que permitan

evaluar, horizontalmente, la evolución de la condición de riesgo de las poblaciones que estén siendo atendidas bajo modelos VBP.

La analítica y los sistemas de predictividad que deben aplicarse a la población sana con antecedentes y a la población crónica para predecir y evitar la severidad. Se trata, pues, de una potente herramienta para generar valor en todos los actores del proceso y en especial para el resultado del paciente. *“La medición de factores de riesgo y/o condiciones iniciales y finales de un proceso de atención facilitará el uso de las reglas de ajuste de riesgo”*¹⁷ y el diseño asertivo de esquemas de compensación financiera que estimulen la generación de valor conforme a los resultados logrados a favor del paciente.

La integración de sistemas de los módulos de prestación de servicios (ambulatorios y hospitalarios) con el sistema de costos y de gestión del riesgo en salud es fundamental para contar con métricas confiables en la evaluación del desempeño de los modelos VBP. Sin adecuados sistemas de costos (ambulatorios y hospitalarios) que permitan monitorear integralmente el costo total del proceso de atención, no es posible evolucionar la métrica del costo/beneficio y del costo/efectividad de las atenciones basadas en evidencia clínica y de los resultados finales.

De la claridad y transparencia en los acuerdos entre pagador/prestador que facilitan la Gestión Integral del Riesgo en Salud – GIRS

El modelo de relacionamiento entre pagador y prestador, y su nivel de evolución hacia una relación colaborativa determinará la calidad y velocidad en la implementación del sistema de Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS). Esta es una responsabilidad integral de cada uno de los actores que participan en la prestación de servicios de salud. Independientemente de las acciones que deben realizar el pagador, el prestador y la Entidad Territorial (ET) con respecto a las claras competencias definidas por la normatividad existente (Ley Estatutaria en Salud 1751/2015, Ley 1753/2015, Res. 518/2015, Res. 429/2016, Circular 004/2018, Res. 489/2019), y teniendo en cuenta que los modelos VBP implican la gestión de un riesgo compartido, es fundamental que se definan y expliciten, en los Anexos Técnicos de los contratos, las responsabilidades operativas y económicas de situaciones que generen incertidumbres y barreras en la rápida implementación de modelos prospectivos de pago.

El enfoque colaborativo entre pagador y prestador debe reflejarse en la claridad y transparencia de las responsabilidades y de las reglas de juego que deben consignarse en los Anexos Técnicos, especialmente frente a situaciones que hoy siguen siendo motivo de desacuerdo en la liquidación de pagos principales y complementarios.

Algunos de los aspectos que se registran a diario y por los cuales el proveedor de servicios demanda mayor claridad en los acuerdos y en la aplicación de reglas de ajuste de riesgo que aseguren generación de valor son:

- Situaciones en las cuales la transferencia del riesgo primario realmente se convierte en riesgo técnico, en la medida que la incidencia de condiciones individuales de salud o su severidad sean evitables conforme las coberturas de detección temprana y atenciones durante y después del alta incluidas en el modelo VBP (responsabilidad del prestador).
- Situaciones en las cuales se identifica transferencia de riesgo primario por incidencia de condiciones individuales de salud o de severidad no evitable que genera desviaciones en el costo de las atenciones (responsabilidad del pagador).
- Situaciones en las cuales se genera un mayor riesgo técnico, cuando las actividades administrativas u operativas no dependen del prestador de servicios. Ejemplo: prolongación de estancia por inoportunidad en la autorización de medicamentos ambulatorios que aseguren la continuidad de un tratamiento hospitalario (anticoagulantes post revascularización coronaria, inmunosupresores pos trasplante, oxígeno domiciliario en pacientes dependientes o en destete, etc.); lenta contra-referencia de pacientes y/o demora en ubicación de los mismos en instituciones de menor complejidad, inoportunidad en los traslados cerrados (ida y vuelta) para realizar exámenes de apoyo diagnóstico y/o terapéutico en otros prestadores contratados por el asegurador, etc. (responsabilidad del pagador).
- Mayor demanda de servicios por incremento en las frecuencias de uso derivado de la variación en las condiciones de riesgo poblacional (mayor población con patologías crónicas por procesos de afiliación y/o entrega de población) que no fueron informados al inicio del contrato y aún sin ajuste de riesgo en el valor per cápita, conforme el nuevo mix poblacional (responsabilidad del pagador).
- Comorbilidades adquiridas durante el proceso de atención en pacientes referidos con patología que requieren atención de alta complejidad (Infecciones intrahospitalarias de entidades remisorias) y que generan incremento en costos de atención y en las estancias (responsabilidad del pagador por severidad no evitable).
- Incremento del índice de complejidad en las atenciones hospitalarias por variación en el mix de riesgo de la población de referencia al modelo VBP, sin ajuste al costo promedio de procedimientos a reconocer. Ocurre en cambios de tamaño y composición de las poblaciones de referencia (responsabilidad del pagador por severidad no evitable).

Independientemente de los aspectos mencionados, que son inherentes a los procesos de implementación de modelos VBP, se debe avanzar a una mayor velocidad en la adopción de mecanismos alternativos e integradores de servicios, con los cuales se facilite la gestión integral del riesgo en salud (GIRS).

Bibliografía

1. OECD. Focus on better ways to pay for health care [Internet]. 2016. Disponible en: <https://www.oecd.org/els/health-systems/Better-ways-to-pay-for-health-care-FOCUS.pdf>.
2. DNP. Envejecimiento de Colombia y el mundo [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.mederi.com.co/sites/default/files/files/1-Envejecimiento%20en%20Colombia%20y%20en%20el%20mundo%20Laura%20Pabon%20Alvarado.pdf>.
3. Dinero. Sector Salud: ¿Una década perdida? [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.dinero.com/edicion-impressa/pais/articulo/cuales-el-problema-del-sector-salud-en-colombia/263500>.
4. Comisión del Gasto Público: Evaluación del Sector Salud [Internet]. 2017. Disponible en: <https://www.fedesarrollo.org.co/sites/default/files/LIB2017COMISION.pdf>.
5. Informe de la Comisión del Gasto y la Inversión Pública [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.fedesarrollo.org.co/sites/default/files/archivosciadernos/presentacioninformecomisionlv.pdf>.
6. OECD. Focus on better ways to pay for health care [Internet]. 2016. Disponible en: <https://www.oecd.org/els/health-systems/Better-ways-to-pay-for-health-care-FOCUS.pdf>.
7. Health Research Institute – HRI. Value-based care under Trump: Slower, more voluntary [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.pwc.com/us/en/industries/health-industries/library.html>.
8. Centers for Medicare & Medicaid Services – USA [Internet]. Disponible en: <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/HospitalQualityInits/Hospital-Value-Based-Purchasing-.html>.
9. Cheryl Cashin, Y- Ling Chi, Peter C. Smith, Michael Borowitz and Sarah Thomson. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Paying for Performance in Health Care - Implications for health system performance and accountability. Primera Edición 2014. Editors and publishers [Internet]. England. Mc Graw Hill. 2014. Disponible en http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0020/271073/Paying-for-Performance-in-Health-Care.pdf.
10. Kabiri N, Janati A, Gholizadeh M, Pourasghar F. Impact of Pay-for-Performance on Efficiency and Effectiveness in Hospitals: A Systematic Review. J Clin Res Gov. 2014;3.
11. OECD, Better Ways to Pay for Health Care, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing [Internet]. Paris, 2016. Disponible en: <https://www.oecd.org/els/health-systems/Better-ways-to-pay-for-health-care-FOCUS.pdf>.
12. Porter ME, Teisberg EO. Redefining health care: creating value-based competition on results. Boston: Harvard Business School Press, 2006.
13. What Is Value in Health Care? Michael E. Porter. The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE. Perspective [Internet]. 2010. Disponible en: http://iqprom.nl/download/Porter_ME_2010_What_is_value_in_health_care.pdf.
14. Alternative Pay Model (APM) Framework. Health Care Payment Learning & Action Network. HCPLAN [Internet]. 2017. Disponible en: <http://hcp-lan.org/workproducts/apm-refresh-whitepaper-final.pdf>.
15. HRI – PwC. ¿Provider systems of the future: What happens when the hospital is no longer the center of the health universe?. Health Research Institute analysis – HRI – PwC [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.pwc.com/us/en/health-industries/health-research-institute/assets/pdf/provider-systems-future-report.pdf>.
16. HRI – PwC. HRI's closerlook. Healthcare's alternative payment landscape. 2015.
17. What Is Value in Health Care? Michael E. Porter. The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE. Perspective [Internet]. 2010. Disponible en: http://iqprom.nl/download/Porter_ME_2010_What_is_value_in_health_care.pdf.

