

**Changing
Health**

Atención sanitaria basada en el valor: lo que los gestores sanitarios deben saber

Michael E. Porter

Bishop William Lawrence University

Professor en la Harvard Business School

M/A_11001_082021

Sesión Michael E. Porter

El pasado 29 de junio 2021 tuvo lugar la jornada inaugural de la nueva edición de Changing Health que contó con la participación exclusiva de Michael E. Porter, **referente internacional en estrategia empresarial y coautor del modelo de atención sanitaria basada en valor (Value Based Healthcare) que está transformando los modelos sanitarios de todo el mundo.**



Michael Eugene Porter
Bishop William Lawrence University
Professor en la Harvard Business School

Asesor, conferenciante y docente. A lo largo de su carrera en la Harvard Business School, ha aportado teoría económica y conceptos de estrategia para abordar los principales retos de las corporaciones, la economía y la sociedad, incluyendo la competitividad del mercado y la estrategia de la empresa, el desarrollo económico, la competencia política, el medio ambiente y la salud. Su enfoque se basa en comprender la economía general y la estructura de sistemas complejos, en contraste con elementos o partes en particular. Su extensa investigación es ampliamente reconocida por gobiernos, corporaciones, organizaciones no gubernamentales y círculos académicos de todo el mundo. Sus investigaciones han recibido numerosos premios y es el académico más citado en la actualidad en el ámbito de la economía y los negocios.

Changing Health

La sanidad plantea ahora mismo uno de los mayores desafíos en el mundo, que nadie ha sabido resolver del todo. A pesar de haberse conseguido muchos avances, está claro que hay que cambiar la forma en que se presta la atención sanitaria. La inercia y el recelo a introducir cambios, al tratarse de un ámbito muy delicado en el que nadie quiere cometer errores, han frenado el progreso, pero precisamente la pandemia de COVID-19 lo ha acelerado. Vivimos, pues, una nueva era de **innovación sanitaria**, que se condensa en el nuevo paradigma de la llamada “sanidad basada en valores”, que propugna que **la atención sanitaria debe plantearse en términos del valor que ofrece**; no tanto el dinero o el esfuerzo invertidos, sino los **resultados obtenidos y la relación coste-beneficio**.

En ese sentido, hay ya muchos países que han adoptado el compromiso de cambiar sus sistemas sanitarios, y España debe situarse también entre ellos. No hay que pensar que las cosas no van a cambiar, que se van a seguir haciendo como siempre se han hecho, porque sabemos que se pueden hacer mejor. La cuestión es cómo.

En esta misma línea, debemos reconocer el problema crítico que sigue afectando a la sanidad. Se observa una **desconexión preocupante entre el incremento del gasto sanitario y del producto interior bruto de los países**, ya que el primero es muy superior al segundo. El resultado es una tensión constante para crear un sistema sanitario que nos podamos permitir y que cubra las necesidades de los pacientes sin dañar excesivamente la economía. Afortunadamente, empezamos a ver pruebas claras y tangibles de que es posible solucionar esa discrepancia.

Las primas de seguros médicos y los gastos sanitarios llevan tiempo creciendo el doble que los salarios, con lo que ello supone para los ciudadanos. En EE.UU., la sanidad es la principal fuente de bancarrota, y el problema resulta igualmente crítico en muchos países. En España sucede algo similar, ya que se gasta el 9 % del PIB en salud, lo cual provoca una gran tensión sobre el presupuesto, tanto general como individual. Hay que buscar un **equilibrio entre la calidad de la atención sanitaria y nuestra capacidad de pagarla**.

Ahora, tenemos frente a nosotros una **oportunidad de cambio sin precedentes**, a raíz de la transformación sanitaria provocada por la pandemia. Un buen ejemplo es la atención sanitaria a distancia/online. En EE.UU., esta modalidad no estaba cubierta por los seguros ni gozaba de aceptación, pero ahora los proveedores ven que es muy eficiente y útil para prestar atención a más pacientes, e independientemente de dónde vivan, por lo que se muestran más abiertos a nuevas ideas para mejorar la prestación de atención sanitaria. Es, pues, momento de impulsar cambios.

Hemos aprendido mucho a raíz de la pandemia, y no solo se han perdido muchas vidas, sino que hemos comprobado que los desenlaces sanitarios dependen mucho de los grupos sociales. Asimismo, los proveedores están sometidos a una gran presión, al haber tenido que afrontar una reducción de los recursos humanos disponibles. La pandemia también ha puesto de manifiesto algunos de los defectos básicos del sistema sanitario actual. Para empezar, la fragmentación, que implica que haya demasiada gente haciendo lo mismo, sin organización ni eficiencia. También se observa una desconexión entre los tipos de atención sanitaria. Dentro del sistema público, la atención primaria y la atención a agudos, por ejemplo, funcionan por separado y no hemos sido capaces de agruparlas en pos de un sistema global más eficiente.

Lo que llevamos muchos años intentando hacer en el ámbito sanitario son pequeñas modificaciones, sin cambios drásticos ni una nueva mentalidad. Un ejemplo es la medicina basada en la evidencia.

Changing Health

Al basar en las pruebas los procesos sanitarios o los pasos de un tratamiento, conseguimos más eficiencia y mejores resultados. Pero no es una solución para el problema de fondo. Lo mismo sucede con la medición de los procesos, o los esfuerzos dirigidos a reducir los errores y aumentar la seguridad.

Llegó también la etapa de las autorizaciones previas de los seguros médicos para realizar procedimientos médicos o recetar medicación, pero tampoco quedó claro que resolvieran nada. También se ha tratado a los pacientes como si fueran clientes, pensando que, al pagar, serán mejores pacientes y harán lo que deben, con más adherencia, etc., sin demasiado éxito.

Otros pequeños cambios han sido la introducción de los registros médicos electrónicos, la mejora de procesos ajustada (“Lean”), inspirada en Toyota, y la adopción de elementos de otros sectores, que siempre **han resultado en pequeñas mejoras pero que no cambian el sistema en su conjunto**. Así, se ha impulsado la figura de los coordinadores asistenciales y se han abierto centros específicos de urgencias, se han identificado las áreas con un coste más elevado y se ha probado la medicina personalizada en función de las necesidades de cada paciente, o bien se han considerado las poblaciones en lugar de los pacientes concretos. Del mismo modo, se ha empezado a profundizar en el análisis de datos para medir las mejores prácticas.

La lección tras todo este tiempo es que tenemos que pensar en todo el sistema de atención sanitaria de manera integral, no por partes. En ese sentido, **la pandemia de COVID-19 ha funcionado como catalizador**, y ha servido para vencer las reticencias iniciales que pudiera haber respecto a la reestructuración del sistema sanitario. Tenemos, pues, frente a nosotros una oportunidad que debemos tomar como tal, no como una amenaza o una molestia.

Hay varias ideas fundamentales que han demostrado ya ser transformadoras del valor de la atención sanitaria. Ante todo, todo el mundo debe tener claro que se trata de **ofrecer valor a todos los pacientes**, esto es, de mejorar los resultados bajo su punto de vista. Si además conseguimos hacerlo con el coste más eficiente posible, el valor del sistema sube. **El valor interesa a todo el mundo** (pacientes, pagadores, etc.), **y todos se benefician si mejoramos el valor del sistema**. Esa es la clave y la importante motivación que hay detrás de la mejora del sistema de atención sanitaria.

Para crear un sistema basado en el valor, hay que modificar cosas concretas; y no introducir **cambios** incrementales, sino **estratégicos, para transformar el valor que podemos crear**. El primer punto es reorganizar la atención sanitaria en función del cuadro médico de los pacientes, no por especialidades. Así, se crean las **unidades prácticas integradas**, que organizan la atención en torno a los grupos de pacientes, cubriendo el ciclo de atención completo, no las especialidades, y resultan más eficientes.

En segundo lugar, tenemos que **medir los resultados**. La atención sanitaria es uno de los pocos campos en que apenas se miden de forma rigurosa los resultados sobre el terreno. También hay que cambiar el modelo de reembolso. Tendemos a pagar por pasos independientes, o procedimientos, en lugar de considerar el **pago por todo el problema médico que tiene el paciente**, para todo el proceso. Eso también está cambiando en todo el mundo. Se empieza a ver más coordinación entre sistemas. El sistema sanitario siempre ha sido muy fragmentado. Ahora vemos que centros sanitarios separados pueden trabajar juntos. En lugar de intentar hacerlo todo, unos centros se asocian con otros para **priorizar el valor sobre el volumen**.

Unos de los principios claves de la asistencia basada en el valor es **la organización en torno**

Changing Health

al paciente, no los departamentos, unidades, etc. Tradicionalmente, el paciente es como una pelota de ping-pong. En el caso de una migraña, por ejemplo, acude a atención primaria y lo envían a otro sitio; una prueba de imagen, pongamos por caso. Vuelve a atención primaria para que lo envíen a un neurólogo, etc. En este modelo, el paciente va de un sitio a otro y todo está fragmentado, y no funciona bien. Lo que hay que hacer es crear una organización integrada en torno a cada problema en concreto. Los resultados son muy positivos y, además, se observa una importante reducción de costes, al tener a **un equipo organizado en torno al paciente y su problema**. Hacen falta equipos integrados, con una atención coordinada.

En ese sentido, no hay que considerar intervenciones sanitarias por separado, sino en su conjunto. La prestación sanitaria es un proceso complejo compuesto por muchos pasos. Para una cirugía, se empieza con la prevención y detección, luego la orientación, preoperatorio, cirugía, posoperatorio y seguimiento. Todo eso debe verse como un proceso integrado. Los médicos no solo deben centrarse en el quirófano, sino también en lo que pasa antes y después. Al optimizar este ciclo asistencial se crea más valor y se reducen los costes.

Al pensar en el ciclo de la atención sanitaria, pensamos en lo que pasa antes y después. Muchas organizaciones creen que pueden mejorar lo que pasa antes, con una mejor relación con la atención primaria, por ejemplo. Por otra parte, una mejor rehabilitación también mejora enormemente los resultados. Es, por tanto, otra idea clave de la atención sanitaria basada en el valor.

En relación a la atención primaria, ha sido históricamente la gran olvidada, pero sabemos que es fundamental y todos la necesitamos. Además, es integral, ya que se preocupa por todos los problemas del paciente. Sin embargo, sucede como con los demás ámbitos de la atención sanitaria: hay que hacer las cosas de forma distinta, no igual que antes, con la misma estructura, personas y organizaciones. Esto es algo que se empieza a ver y aplicar en todo el mundo.

En este sentido, es interesante el caso de *Oak Street Health*, que asegura que la **atención primaria** no es una sola cosa, sino que va a ser **muy distinta en función de las circunstancias personales del paciente (Value-Based Primary Care)**. Este centro ha considerado que no se prestaba una atención primaria adecuada a personas mayores con bajos ingresos en comunidades con pocos servicios, y ha desarrollado una estrategia para prestarles un mejor servicio, que se traduce en ejemplos tan prácticos como la disposición de una furgoneta para llevar a los pacientes que lo necesiten al centro sanitario.

Está claro que hay que centrarse en las necesidades de los segmentos a los que queremos prestar servicios. No podemos ajustarnos a las necesidades de todos ellos con un mismo modelo. Este modelo ha sido muy eficaz para mejorar la atención sanitaria, y también ha tenido muy buenos resultados con la COVID, al **modular su atención en función del tipo de pacientes**.

La medición de resultados también es muy importante, para saber cómo le va al paciente en aquellas cosas que le preocupan, cómo no sentirse mal, poder volver al trabajo y llevar una vida normal. Todo eso hay que medirlo para cada problema médico. En ese sentido, es evidente que hay más de un criterio de valoración. Tendemos a centrarnos en la mortalidad, y es importante, pero

Changing Health

no es lo único. En cáncer de próstata, por ejemplo, se mide la supervivencia, y es bastante buena. Un hospital medio en Alemania tiene una supervivencia específica de la enfermedad de cinco años en el 95 % de los casos. Pero la supervivencia no es el único criterio. A los pacientes les preocupa la disfunción eréctil, o la incontinencia persistente. Tenemos que medir también esos indicadores, que muestran una variación mucho mayor entre centros que el de la supervivencia a los pacientes y no solo la supervivencia.

En EE. UU., en el ámbito de trasplantes, existe un sistema en el que hay que medir todos los resultados. La supervivencia al cabo de un año varía mucho, por ejemplo, en función del lugar. Sin embargo, **cuando empezaron a medir estos resultados, mejoraron mucho**, y la variación de un centro a otro disminuyó. La medición universal de resultados es algo que no se ha hecho hasta ahora y que da muchos frutos. Hay que incrementar el valor, mejorando los resultados y buscando la manera más eficiente de hacerlo.

Con vistas a **estandarizar la medición de resultados**, se creó el Consorcio Internacional para la Medición de los Resultados de Salud (ICHOM). A partir de la creación de equipos formados por líderes internacionales en torno a cada enfermedad, se han ido determinando los criterios de valoración en cada caso, así como los indicadores que hay que medir, **tanto informados por el cliente (calidad de vida, etc.) como clínicos**. ICHOM es, pues, un buen punto de partida para la medición de resultados, que está empezando a difundir información por todo el mundo.

El último concepto a tener en cuenta es el coste. Los resultados son clave, la organización del sistema también, pero no hay que olvidar el coste. La mayoría de organizaciones sanitarias no miden

el coste. Saben lo que se cobra y lo que les pagan, pero no miden los costes reales. Es preciso hacerlo, y hacerlo bien, porque la medición de los costes es compleja, y tradicionalmente a los sistemas sanitarios no se les ha dado bien.

Para medir el coste en cualquier enfermedad, hay que entender todo el proceso asistencial.

Todos los pasos del mismo son llevados a cabo por equipos y personas distintas, y hay que sumarlos todos. Es lo que se llama el cálculo del coste basado en las actividades. El coste es uno de los principales problemas de la sanidad, y tenemos que aprender a medirlo bien.

La buena noticia es que hay **muchísimas oportunidades para reducir los costes**. Sabemos que estamos lejos de ser muy eficientes. La oportunidad de reducción de costes típica en cualquier ámbito sanitario es superior al 30 %. Para ello, hay que cambiar también el modelo de pago. En lugar del pago por servicio, que incentiva que se presten más servicios, **hay que pagar por el resultado final, de forma integral por toda la atención sanitaria. (Value-Based Payment Models)**. En ese sentido, se ha propuesto el concepto de pago integrado o *Bundled Payment*, un único pago que comprende todos los pasos necesarios para tratar un problema médico, desde un cáncer de próstata hasta una prótesis de cadera. Así se consigue más eficiencia, porque el proveedor buscará la manera más eficiente de prestar esa atención. Los pagos integrados se aplican en muchos otros ámbitos, y hay ya también instituciones que ofrecen seguros médicos basados en este enfoque.

Ahora mismo, tenemos muchos sistemas sanitarios que funcionan de forma autónoma: hospitales, centros de atención primaria, etc. Es un sistema muy fragmentado en el que se hacen cosas de forma individual, y a veces duplicada. Hay que integrar

Changing Health

la prestación sanitaria más allá de la geografía. **El paciente tiene que recibir la atención en el lugar más adecuado y rentable para su problema.** Así, por ejemplo, no tiene sentido realizar una revisión médica en un centro de investigación, porque resultaría muy caro. Es, pues, fundamental prestar la atención adecuada en el lugar oportuno.

A veces se hacen cosas sencillas en centros avanzados, y sale muy caro, o cosas complejas en sitios sin recursos, que no pueden hacerlo. Por ejemplo, en Estados Unidos, si no se trata de un caso complejo, una prótesis de cadera puede implantarse en un centro quirúrgico ambulatorio por unos 12.000 dólares, o bien en un centro médico académico 45.000 dólares. En el segundo tendrán todos los sistemas por si algo va mal, pero para una persona relativamente sana, el primero servirá igual de bien.

Para hacer todo esto, necesitamos un **buen soporte informático (Value-Based IT Platform)**. Las plataformas informáticas también están mejorando para hacer posible la gestión de todo este cambio. Todos estos principios, como integrar la asistencia en torno a las necesidades del paciente, medir los resultados y los costes en todos los casos, evolucionar hacia los pagos integrados por todo el proceso asistencial, integrar la prestación sanitaria entre distintos centros o ampliar el alcance geográfico si ello redundará en una mayor eficiencia, conforman un rompecabezas con muchas piezas, de modo que **no se pueden introducir cambios de forma independiente, sino que deben ser sistemáticos.**

La curva de aprendizaje de la atención sanitaria basada en el valor está creciendo exponencialmente. Hay cada vez más artículos, conocimientos y buenas prácticas en este ámbito. **Estamos aprendiendo a cambiar la forma en que diseñamos la prestación de atención sanitaria.** El modelo tradicional ya no funciona y necesitamos un nuevo liderazgo para aplicar la atención sanitaria basada en el valor. Afortunadamente, disponemos de una extensa bibliografía, que incluye incluso una nueva revista: *New England Journal of Medicine Catalyst*, la más prestigiosa revista científica en atención sanitaria.

Hay que intercambiar conocimientos entre organizaciones para mejorar. Podemos introducir un cambio importante en el sistema sanitario. Es complicado resolver el problema de la atención sanitaria, porque implicará mucho esfuerzo. Pero tenemos un modelo que puede funcionar, como se ha demostrado, **mejorando los resultados y a un coste muy inferior, con mejores resultados para los pacientes.** Tenemos por delante una gran oportunidad para establecer una nueva serie de objetivos, con nuevos enfoques y nuevas normas de comportamiento para médicos, enfermeras y gestores sanitarios para conseguirlos. Es el momento, y se está haciendo por todo el mundo, en centenares de organizaciones y en países enteros. En España hay mucho talento y una gran oportunidad de cambio, y esto puede ser un catalizador para empezar a cambiar las cosas, y pensar en términos de valor y no de volumen. Hay que pasar a la acción, y compartirlo con los demás.

PREGUNTAS

¿Cómo recomienda implantar la medición de resultados en España a los líderes/gestores sanitarios?

Hay que dejar claro que los resultados no son voluntarios. Hay que conseguir resultados, y parte del trabajo es medirlo. Los gestores sanitarios tendrán que crear una estructura para hacerlo. Afortunadamente, tienen a su disposición ICHOM y muchas guías, orientación y tecnología. Hay que aprovechar esa base de conocimiento, para saber si se hacen las cosas tan bien como se podría. Al principio cuesta, por pensar que no se van a obtener buenos resultados. Pero luego quizás sean mejor de lo esperado y, en cualquier caso, se puede mejorar a partir de ahí: hablando con otros, recabando la información adecuada, consultando a otras organizaciones, etc. Es seguro que se va a mejorar.

Cuanto más midamos los resultados, más gente querrá venir a nuestros centros. Hay muchos centros en EE. UU. que tenían miedo de publicar sus resultados por miedo a que los seguros médicos no quisieran seguir trabajando con ellos, pero resultó que a los pacientes les preocupaba más el hecho de que midieran que los resultados que tuvieran en un momento dado. Los pacientes confían en que puedan mejorar si ven que se preocupan por medir, porque demuestra que quieren mejorar de verdad y confían más. Hay muchos retos emocionales.

¿Cómo pueden promover los gestores sanitarios españoles las unidades prácticas integradas en un sistema tan jerárquico?

Es importante decidir que lo jerárquico no es aplicable a la atención sanitaria. No se puede aplicar a los pacientes. La idea de que tiene que haber un jefe es uno de los problemas de la sanidad. Hemos sido demasiado jerárquicos. Muchos médicos aún hacen las cosas como las aprendieron en la facultad, pero ahora hay que cambiar, **hay que pensar que somos un equipo** de fútbol que queremos ganar. De hecho, somos un equipo, no vamos por libre. Se trata de replantear nuestra profesión.

Hemos sido muy reticentes al cambio, **y aunque la COVID ha sido terrible, también nos ha demostrado que se pueden hacer las cosas de otra manera.** Hay que cambiar de mentalidad. Es fácil de decir, pero creo que los profesionales sanitarios están preparados. Hay que dar más oportunidades para alentar, recompensar y celebrar esos cambios. Los profesionales sanitarios son personas con mucho talento y mucha responsabilidad, pero que tienen que adaptarse al paciente y centrarse en su bienestar.

No hace falta una revolución; basta con una mejora firme avanzando en la dirección adecuada. La asistencia basada en el valor no es física cuántica. Simplemente **hay que pensar en los resultados y en los costes**, pero eso sí, lleva mucho trabajo, e implica cambios culturales considerables. Pero la gente se está moviendo, y eso es emocionante y gratificante, porque nuestra sociedad puede ser mucho mejor si damos lo mejor de nosotros mismos, como personas, como gestores y como profesionales clínicos. Pongámonos, pues, manos a la obra.