



Foto: freepik.com

Mejor cuidado a menor costo para colombianos con enfermedad crónica

¿Se puede mejorar la calidad de la atención médica sin aumentar el gasto?

Todos los países están buscando formas de brindar atención de alta calidad a sus ciudadanos a un costo asequible. Tradicionalmente, los programas para mejorar la calidad de los servicios de salud han requerido un aumento en el gasto. Esto ha dificultado la implementación y la sostenibilidad de estos programas. Las iniciativas para controlar el gasto en atención médica normalmente han involucrado

1) recortes de los pagos a los proveedores de atención médica o 2) limitación de los servicios a los pacientes de alguna manera. Aunque estas acciones pueden reducir el gasto en el corto plazo, generalmente conducen a un aumento del gasto en el largo plazo. También pueden hacer que la fuerza laboral sea menos saludable y menos productiva, lo que daña la economía del país.

Afortunadamente, hay un tercer enfoque que es mejor que los enfoques tradicionales. Las investigaciones han demostrado que hasta un 40 % del gasto actual en aten-

Harold D. Miller*

ción médica es "potencialmente evitable", lo que significa que podría ser eliminado sin dañar a los pacientes (Yong, Saunders y Olsen, 2010). Debido a que se está gastando tanto dinero en los servicios de salud *evitables*, puede ser factible pagar más por los servicios deseables sin aumentar el gasto total (Miller, 2014a).

En algunos casos, los gastos evitables pueden reducirse simplemente al no solicitar o prestar un servicio que no beneficia al pa-

*Presidente y CEO del Centro para la Calidad de la Atención Médica y la Reforma de Pagos.



La cantidad de pago por un servicio de alto valor puede ser menor que el costo de entrega del servicio, o puede que no haya ningún pago por el servicio (Marks y Miller, 2015).

mantener o mejorar los resultados para los pacientes generalmente requiere no solo cambios en los servicios de atención médica, sino también en el sistema de pago de atención médica (figura 1).

Cuatro pasos para el cuidado de mayor valor

Hay cuatro pasos básicos involucrados en pasar a un sistema de salud de mayor valor.

Paso 1: Identificar oportunidades para reducir el gasto evitable. Las oportunidades específicas variarán para diferentes condiciones de salud, países y regiones den-

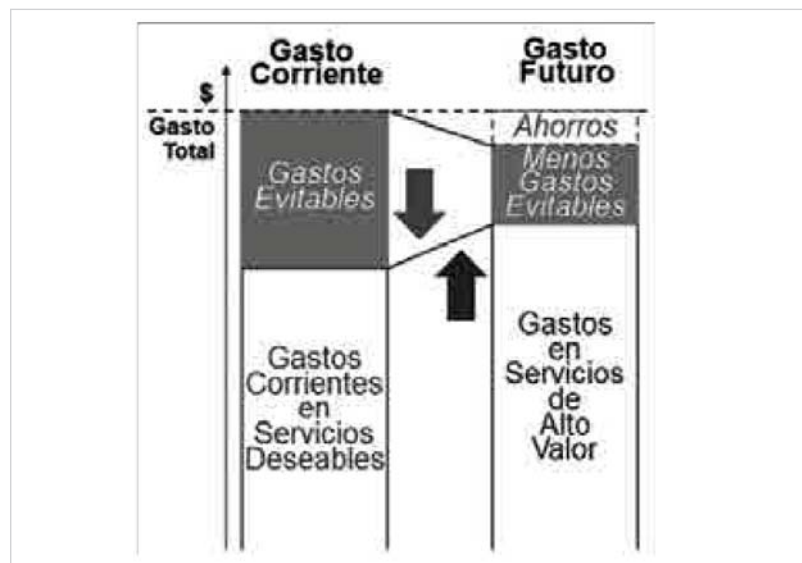
tro de cada país. Se necesitarán datos sobre el gasto actual para identificar las oportunidades específicas que están disponibles. Los datos deberán ser lo suficientemente detallados para identificar los gastos realmente evitables. El hecho de que el gasto total de un tipo particular sea alto no significa necesariamente que haya una gran cantidad de gasto evitable.

Paso 2: Diseñe servicios de alto valor que reduzcan los gastos evitables. La reducción de gastos evitables requerirá un plan para brindar otros servicios de diferentes maneras. Además, el costo de los servicios alternativos tendrá que ser menor

ciente. Sin embargo, en la mayoría de los casos, la eliminación de gastos potencialmente evitables requiere brindar diferentes servicios que cuestan menos, pero lograr resultados iguales o mejores. A menudo, esto se describe como la entrega de servicios de "alto valor" en lugar de servicios de "bajo valor".

Una de las razones más importantes por las que los proveedores de atención médica no brindan servicios de mayor valor hoy en día es que los sistemas de pago de atención médica actuales no proporcionan fondos adecuados para esos servicios. La cantidad de pago por un servicio de alto valor puede ser menor que el costo de entrega del servicio, o puede que no haya ningún pago por el servicio (Marks y Miller, 2015). Como resultado de ello, reducir el gasto y

Figura 1. Menos gastos evitables, más gastos deseables



Fuente: Elaboración propia.

que el ahorro que se obtiene al reducir los servicios evitables para que los servicios alternativos sean realmente de "mayor valor".

Paso 3: Cree o modifique los pagos para permitir la entrega de los servicios de alto valor. En algunos momentos, el costo de los servicios de alto valor puede ser soportado por los pagos actuales, pero en la mayoría de los casos los planes de salud deberán pagar a los proveedores de servicios de diferentes maneras para que estos brinden servicios de mayor valor (Miller, 2009).

Paso 4: Responsabilizar a los proveedores por reducir los gastos evitables y por mantener o mejorar la calidad. Los planes de salud solo estarán dispuestos a pagar a los proveedores de manera diferente si confían en que los proveedores reducirán los gastos evitables. Además, los pacientes no aceptarán cambios en los servicios si no creen que recibirán una atención de igual o mejor calidad.

Cada uno de los cuatro pasos es esencial para el éxito (Miller, 2017):

- Muchos planes de salud han intentado omitir los pasos 1-3 al crear "sistemas de pago por desempeño" que otorgan un bono o imponen una multa si un proveedor reduce los gastos. Sin embargo, los proveedores no podrán lograr el rendimiento deseado si no queda claro que existe 1) al menos una oportunidad para reducir el gasto evitable, 2) al menos una forma de prestar servicios para lograr esa reducción, y 3) pagos adecuados para respaldar la prestación de los diferentes servicios.

- Los proveedores de atención médica a menudo desean omitir el paso 4, es decir, están dispuestos a aceptar pagos adicionales para brindar más servicios a los pacientes, pero no quieren aceptar la responsabilidad que ello implica y lograr los resultados deseados. Los proveedores deben comprometerse a garantizar que sus servicios sean efectivos para reducir los gastos evitables, de modo que los ahorros compensen el costo de los nuevos pagos.

Seguir los cuatro pasos puede resultar en un "ganar-ganar-ganar": menor gasto para los pagadores, mejores resultados para los pacientes y mayores márgenes de ganancia para los proveedores de atención médica (figura 2).

Creación de sistemas de pago y entrega de mayor valor para pacientes con enfermedades crónicas

Dado que una parte grande y creciente del gasto en atención de la

salud se utiliza para la atención de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, este es un lugar lógico donde Colombia podría comenzar a utilizar el proceso de cuatro pasos para brindar y pagar una atención de mayor valor.

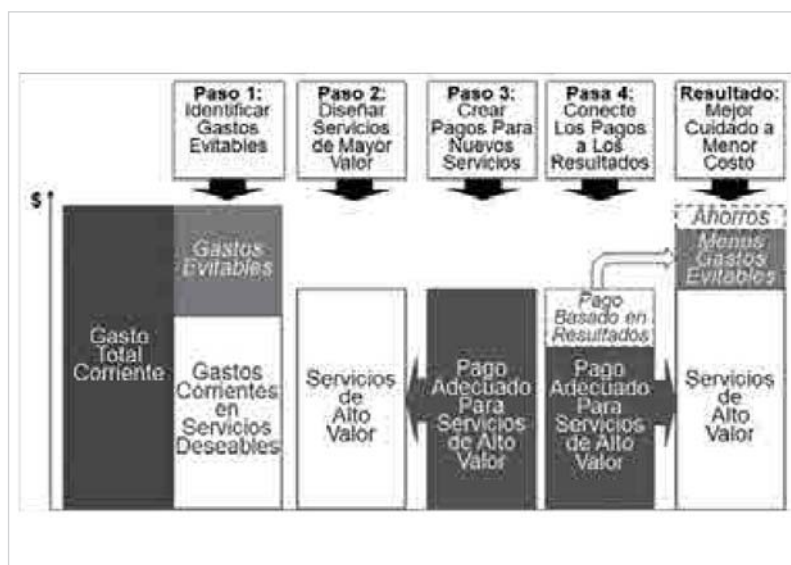
Paso 1: Identificar oportunidades para reducir el gasto evitable

Para la mayoría de los tipos de enfermedades crónicas, existen dos áreas principales donde existen gastos evitables y se pueden lograr ahorros a corto plazo: 1) hospitalizaciones evitables y 2) medicamentos recetados innecesarios (o innecesariamente caros), estudios de imágenes y pruebas de laboratorio.

I. Hospitalizaciones evitables

La mayor parte del gasto sanitario en la mayoría de las afecciones crónicas y agudas es para servicios hospitalarios. En los pacientes con enfermedades crónicas, la mayor parte del gasto del hospital cubre las admisiones no planificadas después de una exacerbación de la enfermedad. Por ejemplo,

Figura 2. Cuatro pasos para un cuidado de mayor valor



Fuente: Elaboración propia.

Una segunda área importante de gasto evitable consiste en medicamentos recetados, estudios de imágenes y pruebas de laboratorio ordenados por los proveedores que tratan a los pacientes con enfermedades crónicas.

cuando los pacientes con asma o EPOC tienen dificultad para respirar debido a una exacerbación de su enfermedad, a menudo acuden a una sala de emergencias y luego son hospitalizados para recibir tratamiento. Estas visitas a la sala de emergencias y los ingresos hospitalarios suelen ser apropiados en ese momento (p. ej., si el paciente no puede respirar, la atención hospitalaria puede ser necesaria para evitar la muerte), pero muchos de los ingresos podrían haberse evitado si el paciente hubiera recibido más o menos servicios (p. ej., un cambio a un medicamento más efectivo) antes de que se produjera la exacerbación o tan pronto como ocurrió.

Hay muchas razones diferentes por las que un paciente puede experimentar una exacerbación de su enfermedad crónica que resulta en un ingreso hospitalario:

- **Falta de diagnóstico.** Si el paciente no ha sido diagnosticado con la enfermedad crónica, no recibirá tratamiento que pueda prevenir la exacerbación.
- **Diagnóstico inexacto.** Algunos pacientes son diagnosticados incorrectamente y están recibiendo un tratamiento para la

enfermedad incorrecta (Yang et al., 2017; Aaron et al., 2017).

- **Tratamiento incorrecto.** Incluso si el paciente tiene el diagnóstico correcto es posible que no se haya prescrito el tratamiento adecuado o que el paciente no esté utilizando el tratamiento prescrito correctamente.
- **Tratamiento tardío.** Es menos probable que sea necesario un ingreso hospitalario si una exacerbación se puede tratar rápidamente cuando ocurre por primera vez (Wilkinson et al., 2014).
- **Falla en evitar exacerbaciones repetidas.** Los pacientes que acaban de salir del hospital por una exacerbación tienen un alto riesgo de reingreso si no se corrigen las causas de la admisión inicial.
- **Falta de cuidados paliativos.** Los pacientes cuya enfermedad ha avanzado hasta el punto en que están cerca de la muerte a menudo pueden evitar la atención hospitalaria si reciben servicios adecuados de atención paliativa en el hogar (Warraich y Meier, 2019).

2. Gasto evitable en drogas y pruebas

Una segunda área importante de gasto evitable consiste en medicamentos recetados, estudios de imágenes y pruebas de laboratorio ordenados por los proveedores que tratan a los pacientes con enfermedades crónicas. Muchos pacientes reciben medicamentos, estudios de imágenes o pruebas de laboratorio que son completamente innecesarios o innecesariamente costosos. Por ejemplo:

- Un medicamento diferente costaría menos, pero proporcionaría un beneficio clínico igual o mayor para el paciente;
- El estudio de imagen o la prueba de laboratorio ya han sido realizados por un médico u hospital diferente (Rogg et al., 2012);
- Los resultados del estudio de imagen o de la prueba de laboratorio no conducirían a ningún cambio en el tratamiento; o
- Un estudio de imagen o prueba de laboratorio de menor costo proporcionarían la información necesaria.

Muchos ejemplos específicos de este tipo de oportunidades han sido identificados a través del programa "Choosing Wisely" (Elegir sabiamente).¹ Por ejemplo, la lista Choosing Wisely del American College of Rheumatology recomienda no recetar medicamentos biológicos costosos para la artritis reumatoide antes de un ensayo de metotrexato (u otros DMARD no biológicos convencionales), y también recomienda que no se realicen IRM de rutina en las articulaciones periféricas para controlar la artritis inflamatoria.

¹ <http://www.choosingwisely.org>

3. Oportunidades para ahorros a largo plazo

Se pueden lograr ahorros a largo plazo al evitar que las personas desarrollen enfermedades crónicas y al disminuir la progresión de la enfermedad para quienes la padecen. Obviamente, si una persona no desarrolla una enfermedad crónica no será necesario que la examinen, la traten o la hospitalicen. No todas las enfermedades crónicas son prevenibles, pero algunas lo son: los programas para dejar de fumar pueden prevenir la EPOC y las enfermedades del corazón, y los programas para perder peso pueden prevenir la diabetes. Además, existe evidencia de que la progresión de muchas afecciones crónicas, como la enfermedad renal crónica, la EPOC, la diabetes, la enfermedad cardíaca, la artritis reumatoide, etc., puede ser más lenta a través de regímenes de tratamiento apropiados (Johnson, Kapanan, Taylor y Meyer, 2016).

Sin embargo, los servicios de prevención pueden aumentar el gasto en el corto plazo, a pesar de que el gasto total en un período de varios años será menor. En consecuencia, puede ser preferible combinar este tipo de oportunidades con las oportunidades de ahorro a corto plazo descritas anteriormente.

4. Beneficios que no sean gastos en salud

Es importante reconocer que lograr mejores resultados para los pacientes también puede generar otros tipos de beneficios financieros. Los empleadores se beneficiarán si sus empleados con enfermedades crónicas son más saludables y tienen una mayor

productividad, y los empleados mismos se beneficiarán si están en mejores condiciones para trabajar (figura 3).

Paso 2: Diseñe servicios de alto valor que reduzcan el gasto evitable

Con el fin de reducir las hospitalizaciones evitables y el gasto evitable en medicamentos, estudios de imágenes y pruebas de laboratorio, los proveedores de atención médica deberán brindar atención de manera diferente. Los detalles específicos de los cambios necesarios variarán para diferentes enfermedades crónicas, pacientes y comunidades. Sin embargo, los cambios más importantes probablemente se dividirán en tres categorías:

- Dar a los médicos el tiempo y los recursos adecuados para el diagnóstico y la planificación del tratamiento.
- Permitir que los especialistas proporcionen asistencia tele-

fónica y por correo electrónico a los médicos generales.

- Emplear enfermeras, consejeros de salud del comportamiento y otro personal para brindar educación al paciente y apoyo para el autocontrol.

I. Tiempo adecuado para el diagnóstico y la planificación del tratamiento

Para prevenir con éxito las exacerbaciones de una enfermedad crónica, un médico debe diagnosticar con precisión y tratar la enfermedad de manera efectiva (*Committee on Diagnostic Error in Health Care*, 2015). Esto requiere 1) ser consciente de que el paciente tiene síntomas de la enfermedad, 2) diagnosticar con precisión las causas de los síntomas de la manera más rápida y eficiente posible, y 3) determinar el tratamiento más rentable para la enfermedad. Todo esto requiere tiempo en el horario del médico (ya sea un médico general, un especialista, o ambos) para

Figura 3. Oportunidades para mejorar cuidado de enfermedades crónicas



Fuente: Elaboración propia.



Foto: freepik.com

que el paciente pueda ser visto de inmediato; tiempo adecuado para concentrarse en esta condición durante las visitas al consultorio, además de las otras necesidades del paciente; tiempo justo para examinar completamente al paciente y decidir qué pruebas, si las hay, son necesarias para realizar un diagnóstico preciso; tiempo para identificar qué opciones de tratamiento basadas en la evidencia están actualmente disponibles y para discutir con el paciente qué tratamiento será más factible y asequible para su uso; y tiempo para hacer un seguimiento con el paciente a fin de evaluar si el tratamiento prescrito está funcionando y hacer cambios si es necesario. Las pautas y los sistemas computarizados de apoyo a las decisiones pueden ser útiles, pero el médico aún necesita tiempo para usarlos.

2. Asistencia de especialistas a médicos generales

Los médicos generales ven pacientes con una amplia gama de síntomas y enfermedades, y con frecuencia necesitan la ayuda de uno o más especialistas en la rea-

lización de un diagnóstico preciso y en la determinación del mejor plan de tratamiento para un paciente en particular (Schatz et al., 2005). Para muchos pacientes todo lo que se necesita es una llamada telefónica o un intercambio de correo electrónico con un especialista, lo que evita la demora y el costo asociados con la derivación del paciente para una visita cara a cara con el especialista. La reducción de referencias innecesarias permite a los especialistas ver con antelación si los pacientes necesitan una visita en persona o no.

3. Utilizar enfermeras y otro personal para la educación y el apoyo del paciente

Un plan de tratamiento para una enfermedad crónica no puede tener éxito en la prevención de exacerbaciones si el paciente no lo sigue. Muchos pacientes no entienden su enfermedad o su plan de tratamiento, enfrentan barreras para seguirlo (por ejemplo, incapacidad para pagar medicamentos o efectos secundarios problemáticos) y/o no informan los problemas inmediatamente

para que se puedan hacer cambios en el tratamiento. Varios proyectos han demostrado que si las enfermeras o los trabajadores de salud de la comunidad brindan apoyo de educación y autocontrol a los pacientes con enfermedades crónicas, es más probable que los pacientes cumplan con sus planes de tratamiento. Además, los pacientes contactarán a la enfermera o al médico cuando aparezca un problema por primera vez para que puedan tratarse rápidamente antes de que sea necesaria una hospitalización (Bourbeau et al., 2003; Cordisco et al., 1999; Gadoury et al., 2005).

Paso 3: Cree o cambie los pagos para permitir la entrega de los servicios de mayor valor

Los tipos de servicios y actividades descritos en el paso 2 generalmente no se compensan adecuadamente en los sistemas de pago actuales (Miller, 2017). Por ejemplo, cuando los proveedores de atención primaria reciben un pago de capitación:

- Si el pago por capitación es el mismo para cada paciente, más tiempo dedicado a los pacientes con enfermedades crónicas significa menos tiempo disponible para pasar con otros pacientes.
- En los sistemas de pago por capitación generalmente tendrá más sentido financiero que un médico general remita a los pacientes con enfermedades crónicas a un especialista. Sin embargo, cuantas más referencias se realicen a un especialista, será más largo el tiempo que los pacientes tendrán que esperar para ser atendidos. Mientras tanto, un

paciente puede ser hospitalizado debido a un tratamiento inadecuado para su afección.

- Los bajos montos de pago por capitación de atención primaria hacen imposible que un proveedor de atención primaria contrate a una enfermera o a un trabajador de salud de la comunidad para ayudar a los pacientes, incluso si esto evitara costosas admisiones en el hospital.

Además, si los especialistas deben ver al paciente cara a cara para recibir el pago (esto puede ser cierto independientemente de si los especialistas reciben pago a través de la tarifa por servicio o la capitación especializada), los especialistas no estarán dispuestos a hablar con el médico general en el teléfono para ayudar a determinar el mejor tratamiento o a decidir si es necesaria una visita directa.

Claramente, los cambios en los sistemas de pago actuales serán necesarios para que los pacientes reciban atención de mayor valor. Un buen sistema de pago debe tener las siguientes características (Miller, 2018):

- Pagos adecuados por servicios de alto valor. Los pagos deben ser lo suficientemente grandes como para cubrir el costo de la prestación de servicios de alto valor.
- Pagos flexibles. Debe haber flexibilidad para brindar servicios de la manera más eficaz. Por ejemplo, se debe pagar a un especialista por consultas telefónicas y por correo electrónico con los proveedores de atención primaria, no solo visitas al consultorio con los pacientes.

Un proveedor puede evitar usar un medicamento costoso cuando es innecesario, pero el proveedor no puede evitar un aumento en el gasto debido a un incremento en el precio del medicamento (Miller, 2014b).

- Pagos estratificados por riesgo. Los pagos deben ser más altos para los pacientes que tienen afecciones más graves u otras características que los ponen en mayor riesgo de hospitalización y otros servicios evitables.

Paso 4: Responsabilizar a los proveedores por reducir los gastos evitables a cambio de los nuevos pagos

Si se cambian los pagos para que un proveedor pueda proporcionar servicios apropiados de alto valor, el proveedor también debe aceptar la responsabilidad de reducir los gastos evitables y mantenerlos en niveles bajos. Sin embargo, la responsabilidad debe centrarse en los servicios específicos u otros aspectos del gasto en los que el proveedor tiene la capacidad de influir. Por ejemplo, un mejor manejo de la enfermedad crónica debería reducir las hospitalizaciones por exacerbaciones, pero no puede prevenir una hospitalización por un accidente automovilístico. Un proveedor puede evitar usar un medicamento costoso cuando es innecesario, pero el proveedor no puede evitar un aumento en el gasto debido a un incremento en el precio del medicamento (Miller, 2014b).

Si un proveedor ya ha alcanzado niveles bajos de gasto evitable en el sistema de pago actual, no se le debe exigir que reduzca aún más el gasto para recibir los pagos nuevos y más altos. Es posible que los proveedores que han estado prestando servicios de alto valor en una pérdida financiera bajo el sistema de pago actual no puedan sostener esos servicios sin pagos adicionales o diferentes. Estos proveedores deben ser responsables de mantener bajos niveles de gasto evitable, mientras que se debe esperar que otros proveedores que tienen altos niveles de gasto evitable lo reduzcan.

Muchos pagadores han tratado de utilizar los pagos de "ahorros compartidos" como una forma de garantizar que solo pagarán más a los proveedores si se elimina un gasto evitable. Sin embargo, este enfoque no proporciona el apoyo financiero previsible que necesitan los proveedores para brindar atención de alto valor, y también crea incentivos financieros inapropiados para que los proveedores no presten los servicios que los pacientes necesitan. Un mejor enfoque es un "pago basado en la condición", que combina pagos adecuados y flexibles para servicios de alto valor relacionados con la condición crónica y métodos

para asegurar que se brinde atención de alta calidad y que se logren buenos resultados (Miller, 2017).

Un pago basado en la condición para la enfermedad crónica

La siguiente es una forma de diseñar un "pago basado en la condición" para lograr los objetivos descritos anteriormente. En lugar de simplemente pagar la misma cantidad mensual por cada paciente en los sistemas típicos de capitación, la atención y el pago se dividirían en dos fases diferentes:

1) diagnóstico y tratamiento inicial, y 2) tratamiento continuo. En cada fase, se pagará una cantidad más alta para los pacientes que tienen una afección crónica más grave u otras necesidades. Debe haber un reconocimiento explícito de que los pacientes cuya condición crónica es difícil de controlar probablemente necesiten recibir una parte significativa de sus servicios de los especialistas, mientras que los pacientes cuyas condiciones son fáciles de controlar con medicamentos estándar u otros tratamientos pueden y deben recibir atención de un proveedor de atención primaria con el apoyo de consulta de un especialista.

Habría tres tipos diferentes de pagos:

1. **Pago por diagnóstico y tratamiento inicial.** Un equipo de diagnóstico (formado por proveedores de atención primaria y especialistas) recibirá un pago por diagnóstico y tratamiento inicial por única vez para cubrir todos o la mayoría de los servicios necesarios para determinar si el paciente tiene la enfermedad crónica. Si el paciente tiene la enfermedad, se pagaría una canti-



Foto: freepik.com

dad más alta que sea suficiente para cubrir el costo del tratamiento de la enfermedad durante un período de tiempo inicial (en muchos casos, la única forma de saber que un diagnóstico es preciso es ver si el tratamiento es eficaz para prevenir los síntomas).

2. **Pago por tratamiento continuado y manejo de la atención de pacientes con afecciones bien controladas.** Un equipo de tratamiento (probablemente dirigido por un proveedor de atención primaria) recibiría un pago por tratamiento y administración de atención (mensual) para proporcionar servicios adecuados a los pacientes cuya condición puede controlarse bien con medicamentos estándar u otros tratamientos. En algunos casos, el equipo de tratamiento sería el mismo que el equipo de diagnóstico, pero en otros casos sería diferente. Por ejemplo, es posible que se necesiten especialistas para determinar el diagnóstico, pero el tratamiento en sí puede ser manejado por el médico general.

3. **Pago por tratamiento continuado y manejo de la atención de pacientes con condiciones difíciles de controlar.** Si la condición del paciente resultó difícil de controlar durante el período de tratamiento inicial o si solo se puede controlar con medicamentos especiales o tratamientos que requieren un monitoreo cuidadoso, un equipo de tratamiento (probablemente dirigido por un especialista) recibirá un pago por tratamiento y administración de atención (mensual) para proporcionar servicios adecuados. Los montos de pago serían más altos que para los pacientes con condiciones bien controladas, debido al mayor riesgo de complicaciones y al mayor nivel de servicios necesarios.

Los pagos descritos anteriormente pueden pagarse en adición de los pagos actuales por capitación o pago por servicio, o pueden usarse para reemplazar los pagos actuales en su totalidad (para aquellos pacientes que tienen una enfermedad crónica).

A los equipos de diagnóstico y los equipos de tratamiento se les debe exigir que sigan las pautas clínicas basadas en la evidencia para decidir qué pruebas, medicamentos y procedimientos se deben entregar u ordenar. Si el equipo no siguió las pautas para un paciente y no documentó la razón para desviarse de las pautas, no debería recibir el pago correspondiente.

Los equipos de tratamiento que reciben los nuevos pagos deben ser responsables de ayudar a los pacientes a evitar las exacerbaciones de la enfermedad crónica y, por lo tanto, a evitar una visita al departamento de emergencias u hospitalización. Si un paciente en las categorías de necesidad/riesgo bajo o moderado visita el servicio de urgencias o es hospitalizado durante un trimestre calendario, el equipo no debe recibir pagos por ese paciente en ese trimestre. Si un paciente en la categoría de alto riesgo/necesidad visita el servicio de urgencias o es hospitalizado, el pago podría reducirse en un porcentaje predefinido (por ejemplo, en un 25 %). Los montos de los pagos para cada categoría de pacientes se establecerían en función de los costos de prestación de servicios y las tasas esperadas de visitas/hospitalizaciones relacionadas con enfermedades crónicas en cada categoría, de modo que el proveedor reciba un pago adecuado por los servicios si logran resultados en los niveles esperados (figura 4)².

Ejemplo: mejor cuidado a menor costo para el asma

La sección anterior describe la estructura de un sistema de pagos

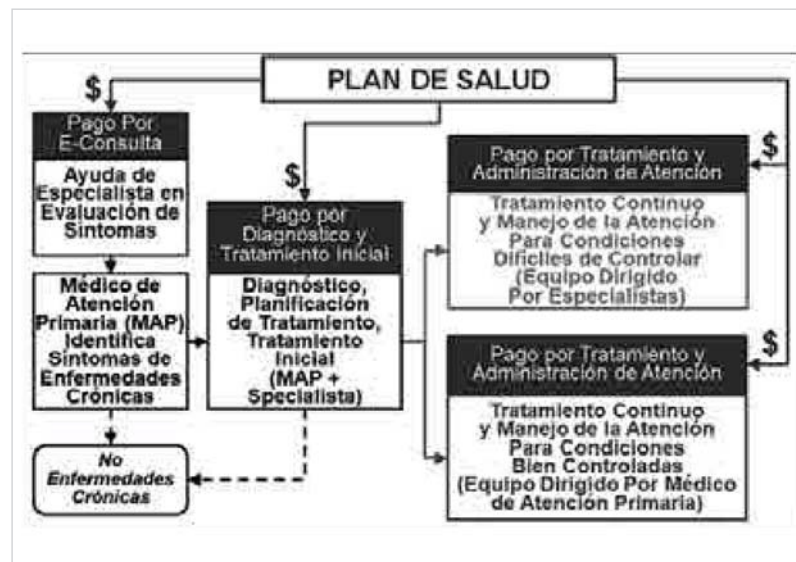
Si un paciente en las categorías de necesidad/riesgo bajo o moderado visita el servicio de urgencias o es hospitalizado durante un trimestre calendario, el equipo no debe recibir pagos por ese paciente en ese trimestre.

que respaldaría una mejor atención para los pacientes con enfermedades crónicas, pero no describe los montos de pagos adicionales que se necesitarían o si las reducciones de los gastos evitables podrían generar suficientes ahorros para compensar los pagos adicionales.

A fin de convencer a los pagadores de implementar un nuevo sistema de pago y a los proveedores

de implementar nuevos servicios, se necesitará un análisis para determinar los montos de los pagos y demostrar que existe un "caso de negocio" tanto para el pagador y el proveedor en la realización de los cambios en pagos y servicios. Por lo general, un análisis de casos de negocios requerirá la capacidad de analizar los datos de reclamaciones para determinar la cantidad de servicios evitables que se están entregando actualmente.

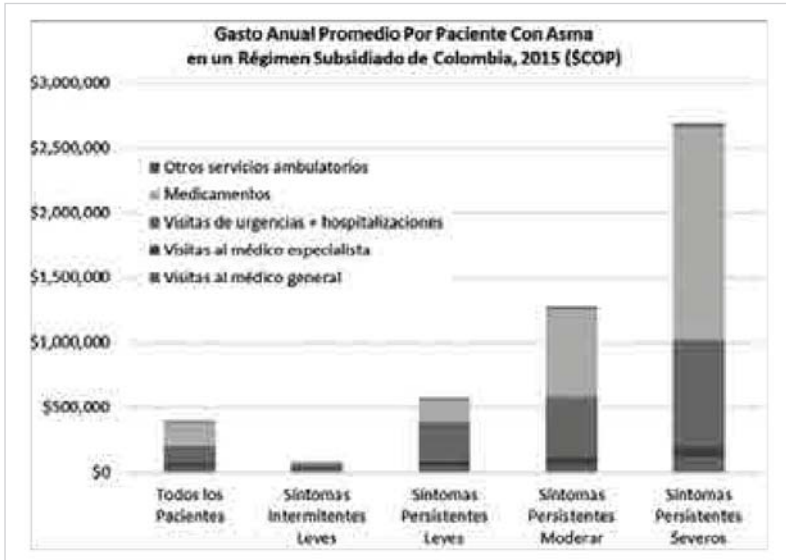
Figura 4. Sistema de pago para el cuidado de enfermedades crónicas



Fuente: Elaboración propia.

² Se incluye una descripción más detallada de cómo funcionaría este modelo de pago en el apéndice C del informe del Centro para la Calidad de la Atención Médica y la Reforma de Pagos, *Cómo crear un modelo de pago alternativo*.

Figura 5. Gasto anual promedio por paciente con asma en régimen subsidiado (2015)



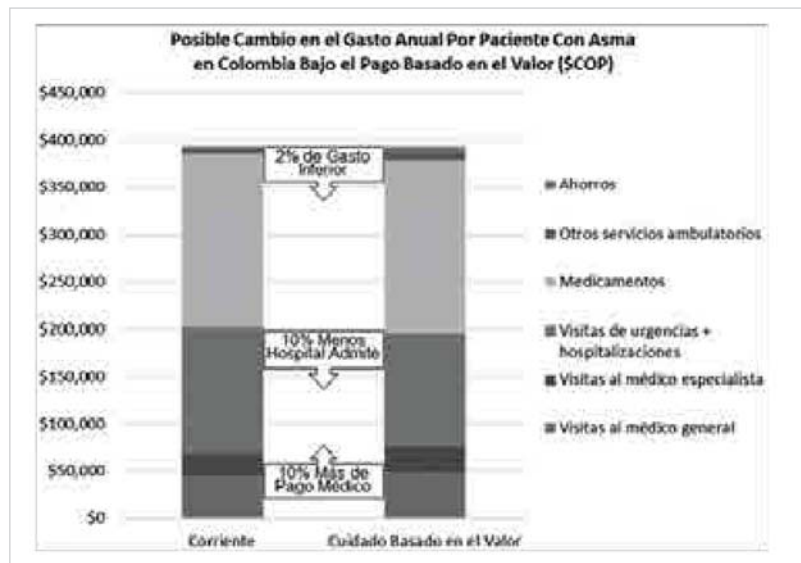
Fuente: Elaboración propia.

Por ejemplo, la figura 5 muestra un resumen de los datos de reclamaciones sobre servicios y gastos en 2015 para pacientes con asma en un plan de régimen subsidiado de Colombia (Flórez-Tanuz et al., 2018). Esto indica que:

- Más de un tercio del gasto para pacientes con asma se utiliza para visitas al departamento de emergencias y hospitalizaciones.
- En contraste, menos de una quinta parte del gasto se destina a los médicos que atienden a los pacientes.
- Para los pacientes que tienen síntomas más graves, se gasta cuatro veces más en visitas a urgencias e ingresos hospitalarios que en servicios médicos.
- Casi el 60 % del gasto total en pacientes con asma se destina a los 13 % de los pacientes con síntomas moderados o graves.

Debido a que una alta proporción del gasto se destina a la atención hospitalaria y una pequeña a los médicos, sería posible aumentar significativamente los pagos a los médicos sin aumentar el gasto general, si esto permitiera brindar servicios de alto valor y reducir las

Figura 6. Posible cambio en el gasto anual por paciente con asma bajo pago basado en valor



Fuente: Elaboración propia.

hospitalizaciones evitables. Varios proyectos de demostración han evidenciado que las hospitalizaciones para pacientes con enfermedades crónicas se pueden reducir en un 40 % o más mediante el uso de programas de administración de la atención diseñados de manera apropiada.

Por ejemplo, la figura 6 muestra que si los pagos por paciente tanto a los médicos generales como a los especialistas aumentaran en un 10 %, y si los servicios prestados a través de esos pagos más altos redujeran las hospitalizaciones en un 10 %, el gasto total en los pacientes disminuiría en un 2 %. En lugar de pagar la misma cantidad por cada paciente, un mejor enfoque sería pagar más por los pacientes que tienen síntomas más graves. Por ejemplo, si un aumento del 25 % en los pagos a los médicos para pacientes con síntomas persistentes severos resultara en una disminución del 20 % en las hospitalizaciones, el gasto total para esos pacientes disminuiría en un 4 %.

Un enfoque colaborativo para el cuidado y el pago de mayor valor

El hecho de que sea factible brindar una mejor atención a un menor costo para los pacientes con enfermedades crónicas no significa que sea fácil hacerlo. Los proveedores deberán realizar cambios significativos en la forma en que prestan servicios a los pacientes, y los planes de salud deberán realizar cambios significativos en la forma en que pagan a los proveedores por sus servicios. Estas transformaciones requerirán un tiempo, esfuerzo y dinero considerables tanto para los proveedores como para los pagadores. Los pagadores se mostrarán reacios a realizar los cambios necesarios si no confían en que los proveedores responderán, y los proveedores se mostrarán reacios a comprometerse con los cambios de atención sin tener la seguridad de que los pagadores proporcionarán el apoyo financiero necesario.

A menudo, los pagadores y los proveedores tienen una relación adversa que se centra principalmente en determinar el monto que los primeros suministrarán a los últimos. Las negociaciones sobre los montos de pago suelen ser "ganar-perder": es decir, los pagadores ganan si pueden obligar a los proveedores a aceptar pagos más bajos y los proveedores ganan si los pagadores están obligados a pagar montos más altos.

La atención basada en el valor ofrece la oportunidad de que tanto pagadores como proveedores "ganen", ya que pagar más a los proveedores por servicios de alto valor puede reducir el gasto total de los pagadores. Además, los pacientes también pueden "ganar" al recibir atención que logre mejo-

res resultados. Sin embargo, el éxito requiere que los pagadores y los proveedores trabajen en colaboración para diseñar e implementar los cambios necesarios en formas "ganar-ganar". Se pueden seguir varios pasos para apoyar un enfoque de colaboración (Miller, 2018):

- Crear un grupo de trabajo proveedor-pagador para diseñar cambios complementarios tanto en los servicios como en el pago.
- Incluir a los funcionarios superiores tanto de los pagadores como de los proveedores y a los médicos que brindan atención a los pacientes. Es importante involucrar a las personas que tendrán que realizar cambios en la prestación de atención para garantizar que estos sean factibles.
- Contratar a un facilitador neutral. Los pagadores y los proveedores necesitan transigir para alcanzar un resultado de "ganar-ganar" y una parte neutral puede ayudar a lograr ese objetivo.
- Recopilar y compartir datos sobre costos y gastos. Es imposible determinar qué montos de pago son apropiados y qué ahorros son factibles sin entender cuánto costará entregar servicios de alto valor y cuánto se puede reducir el gasto evitable. Ambos, 1) datos de reclamaciones de los pagadores y 2) datos de costos y clínicos de los proveedores, serán necesarios para diseñar un enfoque eficaz.
- Establecer una fecha límite para la implementación. No hay un enfoque perfecto; las demoras en tomar medidas solo dañarán

a los pacientes y darán como resultado gastos innecesarios, por lo que es mejor implementar un plan "bueno" ahora que esperar para ver si se desarrollará algo mejor.

- Haga un compromiso para corregir los problemas rápidamente. Incluso con una planificación cuidadosa, surgirán problemas inesperados. Tanto los pagadores como los proveedores deben comprometerse a que continuarán colaborando para resolver los problemas de una forma "ganar-ganar".
- Pague más inicialmente a fin de cubrir los costos de inicio para los proveedores. Para poder ofrecer servicios nuevos y diferentes, es probable que los proveedores deban incurrir en costos únicos (por ejemplo, reclutar y capacitar a nuevo personal). También serán menos productivos en la prestación de servicios y tendrán menos éxito en la mejora de los resultados hasta que sus procesos de prestación de atención hayan sido refinados. La combinación de costos más altos, ingresos más bajos y resultados más débiles durante esta fase inicial puede resultar en pérdidas financieras significativas para un proveedor, incluso si los servicios finalmente serán financieramente viables. Frente a esto, es posible que los pagadores deban proporcionar pagos adicionales y adoptar objetivos de desempeño menos agresivos durante el primer año de implementación.
- Comience con una pequeña cantidad de proveedores y expándala lentamente. En otras industrias, los nuevos productos

no pasan inmediatamente del diseño a la producción a gran escala. Uno o más prototipos se crean y se prueban en una escala limitada para identificar problemas y oportunidades de mejora. El diseño es luego revisado antes de que comience la producción más amplia. La implementación de la atención y el pago basados en el valor puede comenzar pidiendo a un pequeño número de proveedores que prueben el enfoque para que pueda ser refinado antes de expandirlo más ampliamente.

Idealmente, este proceso de colaboración sería un "pago múltiple". Esto significa que todos los planes de salud y proveedores trabajarán juntos para diseñar un enfoque mejorado para la prestación de atención y el pago que todos usarían, en lugar de que cada pagador cree un grupo de trabajo separado para de-

sarrollar un enfoque diferente. Los costos administrativos serán más altos si cada plan de salud desarrolla diferentes enfoques, y será difícil alentar a los proveedores y pacientes a participar si cada plan utiliza un enfoque distinto.

Es probable que se necesiten modificaciones en las áreas rurales y en otras regiones del país donde hay un número limitado de especialistas y donde los pacientes tienen dificultades para viajar. Será importante involucrar a los proveedores que se encuentran en cada una de las diferentes áreas y permitir que los enfoques se personalicen para garantizar el éxito en toda la nación.

En los Estados Unidos varias comunidades han creado colaborativos regionales para el mejoramiento de la salud, que reúnen a múltiples pagadores y proveedores a fin

de acordar nuevos enfoques para el pago y la prestación de atención (Jewish Healthcare Foundation and the Pittsburgh Regional Health Initiative, 2016). Estas entidades proporcionan facilitadores neutrales y análisis de datos para respaldar el trabajo. Colombia podría considerar usar un enfoque similar.

Hacer que la atención y el pago basados en el valor sean una prioridad en Colombia

Tener una fuerza laboral saludable y productiva y un sistema de salud asequible será esencial para el éxito de Colombia en la economía global. Dado que las mejores formas de brindar y pagar la atención de enfermedades crónicas pueden dar como resultado una población más saludable a un costo igual o menor, el desarrollo e implementación de estos enfoques debe ser una prioridad nacional. ■

Referencias

- Aaron, S. D. et al. (2017). Reevaluation of diagnosis in adults with physician-diagnosed asthma. *JAMA*, 317(3), 269-279.
- Bourbeau, J. et al. (2003). Reduction of hospital utilization in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a disease-specific self-management intervention. *Arch Intern Med*, 163(5), 585-591.
- Committee on Diagnostic Error in Health Care. (2015). *Improving Diagnosis in Health Care*. Washington, D. C.: The National Academies Press.
- Cordisco, M. E. et al. (1999). Use of telemonitoring to decrease the rate of hospitalization in patients with severe congestive heart failure. *Am J Cardiol*, 84(7), 860-2, A8.
- Flórez-Tanus Á et al. (2018). Health care costs and resource utilization for different asthma severity stages in Colombia: A claims data analysis. *World Allergy Organization Journal*, 11(1), 26.
- Gadoury, M. A. et al. (2005). Self-management reduces both short- and long-term hospitalisation in COPD. *Eur Respir J*, 26(5), 853-857.
- Jewish Healthcare Foundation and the Pittsburgh Regional Health Initiative. (2016). *Network for Regional Healthcare Improvement*. Obtenido de <http://www.nrhi.org/uploads/nrhi-roots-publication-june-2016.pdf>
- Johnson, D. S., Kapanan, T., Taylor, R., Meyer, K. B. (2016). Going upstream: Coordination to improve CKD care. *Seminars in Dialysis*, 29(2), 125-134.
- Marks, S. S. y Miller, H. D. (2015). *A Guide to Physician-Focused Alternative Payment Models*. American Medical Association and Center for Healthcare Quality and Payment Reform. Obtenido de <http://www.chqpr.org/downloads/Physician-FocusedAlternativePaymentModels.pdf>
- Miller, H. D. (2009). From volume to value: Better ways to pay for health care. *Health Affairs*, 28(5): 1418-1428.
- Miller, H. D. (2014a) *Making the Business Case for Payment and Delivery Reform*. Network for Regional Healthcare Improvement: Robert Wood Johnson Foundation. Obtenido de <http://www.chqpr.org/downloads/BusinessCaseforPaymentReform.pdf>
- Miller, H. D. (2014b). *Measuring and Assigning Accountability for Healthcare Spending*. Center for Healthcare Quality and Payment Reform. Obtenido de <http://www.chqpr.org/downloads/AccountabilityforHealthcareSpending.pdf>
- Miller, H. D. (2017). *Why Value-Based Payment Isn't Working, and How to Fix It*. Center for Healthcare Quality and Payment Reform. Obtenido de <http://www.chqpr.org/downloads/WhyVBPIsNotWorking.pdf>
- Miller, H. D. (2018). *How to Create an Alternative Payment Model*. Center for Healthcare Quality and Payment Reform. Obtenido de http://www.chqpr.org/downloads/How_to_Create_an_Alternative_Payment_Model.pdf
- Rogg, J. et al. (2012). The frequency and cost of redundant laboratory testing for transferred emergency department patients. *Annals of Emergency Medicine*, 60(48), S13.
- Schatz, M. et al. (2005). Improved asthma outcomes from allergy specialist care: A population-based cross-sectional analysis. *J Allergy Clin Immunol*, 116, 1307-1313.
- Warraich, H. J. y Meier, D. E. (2019). Serious-illness care 2.0 – Meeting the needs of patients with heart failure. *New England Journal of Medicine*, 380(26), 2492-2494.
- Wilkinson, T. M. A. et al. (2004). Early therapy improves outcomes of exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med*, 169, 1298-1303.
- Yang, C. L. et al. (2017). Misdiagnosis of asthma in schoolchildren. *Pediatric Pulmonology*, 52, 293-302.
- Yong, P. L., Saunders, R. S. y Olsen, L. (2010). *The Healthcare Imperative: Lowering Costs and Improving Outcomes - Workshop Series Summary*. Washington, D. C.: National Academies Press. Obtenido de <http://iom.nationalacademies.org/Reports/2011/The-Healthcare-Imperative-Lowering-Costs-and-Improving-Outcomes.aspx>