

## El acto médico y la generación de valor en la prestación de servicios de salud

José William Martínez.

MD Doctor en Epidemiología. Profesor titular del programa de medicina. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Tecnológica.

Los servicios de salud están alertas con la forma en que se prestan los servicios y la valoración de esos servicios. El valor en la prestación de servicios es definido como los resultados de salud obtenidos por cada dinero gastado. Michael Porter afirma que la generación de valor es una meta donde lo que importa son los pacientes y todos los intereses se unen en relación al bienestar de la gente. Si el valor del acto médico mejora, mejoran los pacientes, mejoran los pagadores, mejoran proveedores, y los proveedores pueden beneficiarse mientras que la sostenibilidad económica del sistema aumenta el cuidado de la salud. El concepto de valor no es un ideal, tampoco es algo abstracto, no es una palabra clave para la reducción de costos. El valor debe definir el marco para la mejora del rendimiento en el cuidado de la salud. La medición debe ser rigurosa y la mejora del valor es la mejor manera de impulsar el progreso del sistema. Sin embargo, el valor en el cuidado de la salud sigue siendo en gran medida algo no medido, no entendido, no comprendido o a veces confundido o entendido a medias. El valor corresponde a un concepto profundo.(2)

El valor siempre debe definirse en torno a las personas y sus familias en un sistema de salud que funcione bien. El valor está relacionado con los resultados o los efectos en la gente. El valor de ninguna manera está asociado a los insumos, el valor en el cuidado de la salud se mide por los resultados obtenidos, no se mide el valor por el volumen de los servicios prestados, como así lo determina la factura. Conocer el valor es un desafío central. Tampoco es medido el valor por el proceso de atención utilizado; la medición y mejora de procesos son tácticas importantes pero no es un sustituto de la medición de los resultados. Los costos asociados no miden tampoco el valor. (2)

Valor se define como los resultados en relación con los costos, abarca eficiencia. La reducción de costos sin tener en cuenta los resultados obtenidos es peligroso y contraproducente, dando lugar a falsos “ahorros” y potencialmente esos ahorros puede limitar atención eficaz y efectiva de las personas para poder que la prestación del servicio genere valor. Para reducir costos, el mejor enfoque es a menudo gastar más en algunos servicios como los servicios ambulatorios para reducir la necesidad de los demás servicios que generan mayor dolor, mayores costos de atención y menor calidad de vida a las personas y las familias.(2)

La prestación de atención de salud implica numerosas unidades de la organización, que van desde la consulta, urgencias, hospitalización. En todos esos servicios las prácticas médicas de esas unidades que prestan servicios individuales, familiares o colectivos. Pero es raro que en esas unidades reflejen los límites dentro de los cuales se crea realmente valor.

La unidad adecuada para medir el valor debe abarcar todos los servicios o actividades que determinan de manera conjunta el éxito en el cumplimiento de un conjunto de necesidades de los pacientes. Es decir, desde el ingreso del paciente y todas las personas médicas y no médicas que entran en contacto con los pacientes deben contribuir a esa generación de valor. Ese valor por supuesto está determinado en las necesidades individuales y familiares de cada paciente. Estas necesidades son también determinadas por la condición médica del paciente, que se define como un conjunto interrelacionado de circunstancias médicas que deben ser abordadas en forma integrada. Como por ejemplo al evaluar el paciente hipertenso se debe evaluar la enfermedad renal, enfermedad de la retina, y la enfermedad vascular y ese valor debe medirse por todo lo incluido en dicha atención. (3)

Para la atención primaria, el valor debe ser medido en grupos con necesidades similares. Poblaciones de pacientes que requieren diferentes servicios de atención primaria podría incluir, por ejemplo, los niños sanos, adultos sanos, pacientes con una única enfermedad crónica, las personas frágiles, y los pacientes con múltiples condiciones crónicas.(3)

La responsabilidad por valor debe ser compartida entre todos los involucrados. Por lo tanto, en lugar de “fábricas” concentrándose en intervenciones de grupos estrechos, necesitamos unidades prácticas integradas por todo el conjunto de personas que son responsables en el cuidado total para una condición médica adecuada y monitorear sus complicaciones.(3)

La estructura organizativa y de información de los actuales sistemas de prestación de asistencia hacen que sea difícil de medir (y entregar) valor. Por lo tanto, la mayoría de los prestadores no lo hacen. Los proveedores tienden a medir sólo lo que ellos controlan directamente en una intervención en particular y lo que se mide fácilmente, en lugar de medir los efectos, es decir, los resultados. Por ejemplo, las medidas actuales cubren un solo una acción (demasiado estrecho para ser relevantes para los pacientes) o los resultados de todo un hospital, como las tasas de infección (demasiado grandes para ser relevante a los pacientes). O miden lo que se factura, a pesar de que las prácticas de reembolso actuales están mal alineados con el concepto de valor. Del mismo modo, los costos se miden para los departamentos o unidades de facturación en lugar del ciclo de atención total sobre la que se determina el valor. La organización en este sentido es defectuosa. La estructura también ayuda a explicar por qué los médicos no aceptan responsabilidad conjunta de los resultados, falta de control sobre los actores secundarios de la “salida” y que participan en la atención (incluso los que están en el mismo hospital) y el cumplimiento de los pacientes.(4)

El concepto de calidad se ha convertido en una fuente de confusión. En la práctica, la calidad por lo general significa la adhesión evidente a directrices, y la medición de la calidad se centra abrumadoramente en los procesos de atención y no hay ninguna medición en el desenlace o el efecto. En cualquier sistema complejo, un intento de controlar el comportamiento sin resultados de esta medición del efecto limitará el progreso de mejora continuo. (4)

La determinación del grupo de resultados relevante para medir alguna condición médica (o población de pacientes en el contexto de la atención primaria) debe seguir varios principios. Los resultados deben incluir las circunstancias de salud más relevantes para los pacientes. Deben cubrir tanto a corto y largo plazo las diferentes intervenciones en salud. Esperar un período de tiempo suficiente para poder observar resultados de la atención. La medición de resultados debe incluir la medición suficiente de factores de riesgo o condiciones iniciales para permitir el ajuste de ese riesgo.(4)

En una evaluación de calidad de los servicios para adultos en todo los Estados Unidos se encontró que los participantes recibieron aproximadamente la mitad de los beneficios y recomendaciones que debieron ser suministrados en la atención. Sólo el 24 por ciento de los participantes que tenían diabetes habían recibido tres o más pruebas de hemoglobina glicosilada en un período de dos años. Este monitoreo rutinario es esencial para la evaluación de la eficacia de tratamiento y asegurar respuestas adecuadas al mal control glucémico. En un estudio prospectivo de diabetes del Reino Unido, se asegura que el control estricto de la glucosa en sangre y el seguimiento bianual disminuyeron el riesgo de complicaciones microvasculares en un 25%. Las personas con hipertensión recibieron el 64,7 por ciento de la atención recomendada (intervalo de confianza del 95 por ciento, 62,6 a 66,7). Las personas cuya presión arterial es persistentemente superior a lo normal están en mayor riesgo de enfermedades del corazón, accidentes cerebro vasculares y muerte. El pobre control de la presión contribuye a más de 68.000 muertes prevenibles anualmente en los Estados Unidos. En ese mismo estudio sólo el 45 por ciento de las personas que presentaron un infarto de miocardio recibieron beta bloqueadores, que reducen el riesgo de muerte en un 13 por ciento durante la primera semana de tratamiento y un 23 por ciento en el largo tiempo. Sólo el 61 por ciento de los participantes con un infarto de miocardio que eran candidatos apropiados para la terapia de aspirina la estaban recibiendo (4)

Las deficiencias en los procesos que intervienen en la atención primaria y secundaria también están asociados con las muertes evitables. Entre los participantes de edad avanzada, sólo el 64 por ciento había recibido o le habían ofrecido una vacuna contra el neumococo; cerca de 10.000 muertes por neumonía podrían evitarse anualmente con esta vacuna. Alrededor de solo el 38 por ciento de los participantes habían sido seleccionados para realizarse el tamizaje para cáncer colorrectal; las pruebas de sangre oculta en heces anuales podrían prevenir aproximadamente 9.600 muertes anualmente.(4)

Estos riesgos no pueden presentarse en centros de salud que tengan como meta la excelencia. Los centros de excelencia se caracterizan por programas para las personas que ofrecen valor en la prestación de sus servicios de salud, esto se sustenta en resultados clínicos, en niveles de seguridad para los pacientes y son comprobables con los mejores referentes. Estos centros deben eliminar las dificultades en el acceso en el proceso de atención y el acceso a los diferentes tratamientos, deben generar una continuidad en el tratamiento. Los médicos deben estimular la adherencia y articularse con los diferentes actores de la atención de los pacientes. (4)

## **Conflictos de interés**

El autor declara que no tiene ningún conflicto de interés.

## **Referencias**

1. Gaviria Alejandro. Palabras de apertura del Cursos de Excelencia en Cáncer. Apertura del evento en el Cubo de Colsubsidio. Bogotá DC. Octubre 14 de 2015
2. Porter Michael. What Is Value in Health Care? NEJM. Dec 23 2010. 363;26:2477-2481.
3. Porter Michael. Why Strategy Matters Now. NEJM. April 30 2105. 372;18:1681-1684
4. McGlynn Elizabeth, et all. The Quality of Health Care Delivered to Adults in the United States. 2003. 348:2635-45