

Acuerdos de salud
basada en valor

Recomendaciones para su implementación en el sistema de salud Argentino

AGOSTO DE 2023

COMUNIDAD ^{de}
APRENDIZAJE
**SALUD
BASADA
en VALOR**

Autores

Fernández Pazos Alfonso (IECS, OSDE)

García Carlos (HIBA, IECS)

García Elorrio Ezequiel (IECS)

Giménez Luis (AXIASALUD)

Teijeiro Ma. Eugenia (IECS)

Revisores

Benzadón Mariano (ICBA)

Flores Lazdin Carolina (Abbvie)

Guiñazú Gonzalo (Johnson's)

Koffsmon Ariana (Johnson's)

Lantos Jorge (Los Arcos)

Nari Estefania (Sancor Salud)

Paredes Daniela (Medtronic)

Peuchot Verónica (Roche)

Rodriguez Gabriela (OMINT)

Rodriguez Pedrotti Marcos (Medtronic)

Saenz Victoria (Roche)

Tassara Natalia (Janssen Cilag)

Zambon Fabian (Novo Nordisk)

Tabla de contenidos

2	Resumen
3	Introducción
4	Métodos
5	Preparación para llegar al acuerdo
7	Componentes principales de un Acuerdo de Salud Basado en Valor
8	Contenidos del acuerdo
16	Resultados y Conclusiones
17	Bibliografía
19	Resultados de las Encuestas

Resumen

Este reporte aborda los requisitos mínimos que debe contener un acuerdo de salud basados en valor en Argentina, basándose en una encuesta realizada a múltiples actores del sistema de salud. Para ello se llevaron a cabo 3 etapas: una revisión y confección de los modelos, una encuesta a representantes de la industria, instituciones prestadoras y financiadoras del país, dividida en secciones, una con las principales secciones identificadas como críticas para una implementación exitosa de estos acuerdos, luego las diferentes partes de cada uno para determinar asimismo su criticidad, y en tercer lugar se compartió con todos los revisores para llegar a un documento que fuera un acuerdo común.

Esta encuesta reveló un cierto grado de desacuerdo entre los actores, reflejando diferentes perspectivas y objetivos, y una cierta inmadurez del sistema para poder implementar estos nuevos modelos de contratación más sofisticados. Aunque esto puede generar tensiones en las negociaciones, también muestra la diversidad de intereses y complejidad del sistema.

El informe busca fomentar una comprensión más profunda de los desafíos y oportunidades en la transición hacia modelos de atención basados en valor, proponiendo recomendaciones prácticas para mejorar el sistema de salud. Se espera que los aprendizajes obtenidos impulsen la implementación creciente de acuerdos de salud basada en valor en beneficio de la evolución del sistema de salud.

Introducción

El modelo de atención en salud, se encuentra desde hace unos años en una etapa de cambio. De un modelo médico centrado, con su objetivo puesto en la enfermedad y su resolución, a un modelo centrado en la persona íntegra como centro de la atención. Los motivos para este cambio, entre otros, son la atención ineficiente y un alto grado de desperdicio, acompañada por modelos de pago basados en el volumen de prestaciones sin suficiente enfoque en la promoción, prevención, calidad y efectividad de los cuidados.

En la Argentina, este panorama, se ve aún más complicado dada la fragmentación del sistema de salud, y los cambios epidemiológicos que se registra desde hace varias décadas, donde las enfermedades crónicas no transmisibles dominan la escena mundial, con demanda creciente, costos crecientes, limitaciones a servicios por un lado y sobreusos por otro, con resultados que no son los esperados y con una gran cantidad de desperdicio que va desde el 10 al 34% [1–3] según análisis realizados en otros sistemas sanitarios.

En este contexto, los modelos de pago basados en el valor están ganando terreno en comparación con los tradicionales basados en el volumen de servicios debido a su alineación con resultados que son importantes para los pacientes y sus familias[4,5]. Los modelos tradicionales de pago tienen deficiencias que conducen a perversiones del sistema. En sistemas de pago por prestación se estimula la sobreprestación, mientras en los modelos capitados se tiende a la subprestación y a la derivación de pacientes con mayor complejidad y en los modelos asalariados se tiende a postergar la prestación. En ninguno de estos casos se contempla el resultado tanto en eficiencia, efectividad ni en satisfacción.

En respuesta a esta tendencia, los contratos de salud basados en el valor se están convirtiendo en una herramienta cada vez más popular para alinear los incentivos de los prestadores, proveedores y las aseguradoras para mejorar la calidad de la atención al paciente[6–9]. Buscan recompensar a los prestadores y proveedores por brindar servicios y productos de alta calidad, mejorar la experiencia de satisfacción de los usuarios y en gran medida, contribuir a alcanzar las metas en salud con cuidados costo-efectivos en lugar de simplemente recompensar el volumen.

En América Latina los costos en salud aumentan en forma constante [10] y se estima que seguirán creciendo en los próximos años. En Argentina, por ejemplo en 2022 crecieron 8,5% por arriba de la inflación [11], mientras que la atención sanitaria sigue siendo fragmentada[12], con un importante nivel de tensión entre todos los actores, con transferencias de riesgos variables entre aseguradores y prestadores [13]. Se hace necesario entonces, buscar alternativas para mejorar la efectividad y eficiencia del sistema de salud. Los cuidados de salud basados en valor, en este contexto, se presentan como una alternativa prometedora para contener costos, disminuir desperdicios y mejorar la calidad de la atención médica considerando los resultados que son de interés para los pacientes [4].

En este documento, se describen las características que los contratos de salud basados en valor deberían contener, de acuerdo a la revisión bibliográfica y a la discusión con expertos de la región. También se proporcionan ejemplos de diferentes tipos de modelos de pago, teniendo en cuenta los beneficios y desafíos asociados respecto del uso de estos contratos y se discuten sus componentes principales.

Nuestro objetivo es ayudar a los actores del sistema de salud a comprender mejor los acuerdos de salud basada en el valor, cómo pueden diseñarlos y ser utilizados para mejorar la calidad y eficiencia de la atención médica, intentando migrar de un modelo de atención médico-céntrico a un modelo centrado en las personas y su entorno, basado en datos, utilizando los avances tecnológicos en comunicación e información como facilitadores y exponenciadores [14].

Métodos

Objetivo

Desarrollar y proponer un modelo de acuerdo o contrato de salud basado en valor acorde a los principios delineados por la literatura [2,3], con acuerdo entre diferentes actores de la cadena de valor de la salud que incluyen pacientes, prestadores, productores de tecnologías, aseguradores, entre otros.

Este estudio se llevó a cabo en 3 etapas:

1. Revisión y confección de los modelos

Los autores revisaron fuentes disponibles de información para ser propuestos a integrantes de la comunidad de aprendizaje en salud. Para definir el acuerdo, y la aplicabilidad de los componentes encontrados en la literatura respecto a los acuerdos de salud basados en valor, se llevaron adelante encuestas y reuniones periódicas a distancia sincrónicas. Una vez analizados y clasificados los componentes se acordó en el equipo cuáles iban a ser las categorías dentro de las cuales se iba a clasificar cada uno de las secciones de acuerdos modelos. Se definieron las siguientes:

- **Crítico:** todos aquellos elementos que debían estar dentro de un acuerdo para que el mismo sea considerado un acuerdo basado en Valor
- **Relevante:** Aquellos elementos que brindarán o apoyan las estrategias de valor en la prestación, cuidado, diagnóstico o tratamiento a evaluar
- **Deseable:** Los puntos que deberían ser considerados pero que en el caso de nuestro país, aún son difíciles de implementar por las características del sistema. Los diferentes integrantes del equipo representan a los diferentes actores del sistema de salud argentino con por lo menos 2 integrantes de cada uno de aseguradores, prestadores, productores de dispositivos, productores de medicamentos.

2. Encuesta a los participantes

Una vez definidos los puntos a analizar según la revisión bibliográfica y las categorías en las que esos elementos serían clasificados en cuanto a su criticidad para formar parte de un acuerdo de salud basado en valor, se envió una encuesta por correo electrónico a cada uno de los participantes como miembros de la comunidad de aprendizaje, interesados en este documento para brindar su opinión sobre la priorización de componentes.

Los datos fueron analizados posteriormente para poder delinear lo que sería el documento final del Acuerdo de Salud Basado en Valor.

3. Redacción del documento

El borrador de este documento estuvo disponible online con permisos de comentarista para que todos los participantes pudieran hacer comentarios. Estos comentarios fueron tenidos en cuenta a la hora de reformular o ampliar ciertos conceptos y componentes de estos acuerdos.

Una vez que se determinó y consensuó con el grupo de trabajo los puntos claves a tener en cuenta para la redacción del documento final, se presentaron los mismos a toda la comunidad de aprendizaje de Salud Basada en valor, con el objetivo de recibir comentarios, no tenidos en consideración, y aceptación de aquello definido por el grupo de trabajo.

Preparación para llegar al acuerdo

Hay varios aspectos fundamentales al intentar generar un acuerdo basado en el valor. El primero y más importante es asegurarse de que todos los participantes expresen su posición frente al acuerdo que se va a llevar a cabo, sus conflictos frente al mismo, y problema, con el fin de poder identificar acuerdos, o desacuerdos que deben ser tratados previos a la redacción del ASBV. Estos desacuerdos pueden deberse a, por ejemplo, cuestiones relacionadas con si se trata de problemas relacionados con costos elevados, resultados deficientes, falta de información o una combinación de ellos, esquemas de cuidados a realizar, prestaciones, entre otros.

Muchos países pertenecientes a la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos), utilizan como variable de valor para sus negociaciones el precio, y para ello se define el valor en las negociaciones de precios mediante el enfoque de costo-efectividad incremental, el cual tiene en cuenta la incertidumbre a través de estudios económicos y análisis de sensibilidad. Estos elementos pueden tener un impacto significativo en las decisiones tomadas durante la negociación. El concepto de la costo efectividad mide como resultados los "AVAC" es una sigla que se refiere a "Años de Vida Ajustados por Calidad", pero deja afuera las preferencias y los resultados que realmente importan a los pacientes y a sus familias [6].

Para la confección de este instrumento se considera Valor, a la obtención de los resultados que interesan al paciente por cada peso utilizado. siendo mayor el valor a mejores resultados, y a menor costo. Por tal motivo no bastaría utilizar la costo efectividad como medida única de negociación. Siendo este el motivo vital para acordar los puntos necesarios a incluir en las negociaciones previas del acuerdo. Para ello entonces deberían tenerse en cuenta los resultados que importan a los pacientes, sus preferencias, la experiencia de los mismos en los diferentes contactos que tienen con el sistema de salud, los resultados clínicos buscados por los prestadores, organismos públicos, etc, los costos implicados en la cadena de valor diseñada, entre otros.

Las razones actuales que incentivan a los diferentes actores del sistema de salud a trabajar en conjunto (prestadores, financiadores, industria y pacientes), para la implementación de los acuerdos de salud basados en valor, son:

- La disminución del desperdicio
- La mejora de la eficiencia en la atención
- Aumentar la efectividad de los tratamientos
- Mantener la sustentabilidad del sistema (frente al aumento desmedido de los costos incurridos en la salud poblacional)
- La migración de la atención médico céntrica a la atención centrada en la persona, entre otros.

Varias razones pueden impulsar a los productores a involucrarse en contratos de valor. Estas incluyen la necesidad de destacar su producto en una categoría consolidada para lograr un mejor posicionamiento en la cobertura. Además, estos contratos garantizan la entrega de valor en un entorno aún no totalmente definido.

Es muy importante incluir desde fases tempranas del acuerdo a los actores críticos que van a formar parte del proceso a nivel de diseño, negociación contractual, e implementación, incluyendo la evaluación del acuerdo. Para lograr acuerdos exitosos deberían estar incluidos en las 3 etapas: Diseño, Negociación contractual e Implementación [15].

La transparencia en el proceso es esencial para alcanzar un acuerdo que distribuya de manera eficiente los riesgos y el valor implicados. En este sentido, contar con entidades neutrales que no tengan intereses directos en el acuerdo resulta de gran utilidad, ya que pueden colaborar desde el diseño hasta la implementación, aportando transparencia y organizando la discusión. Estas entidades deberían ser distintas a los aseguradores, productores y especialistas, y podrían incluir a instituciones académicas como universidades o grupos de investigación [15–17].

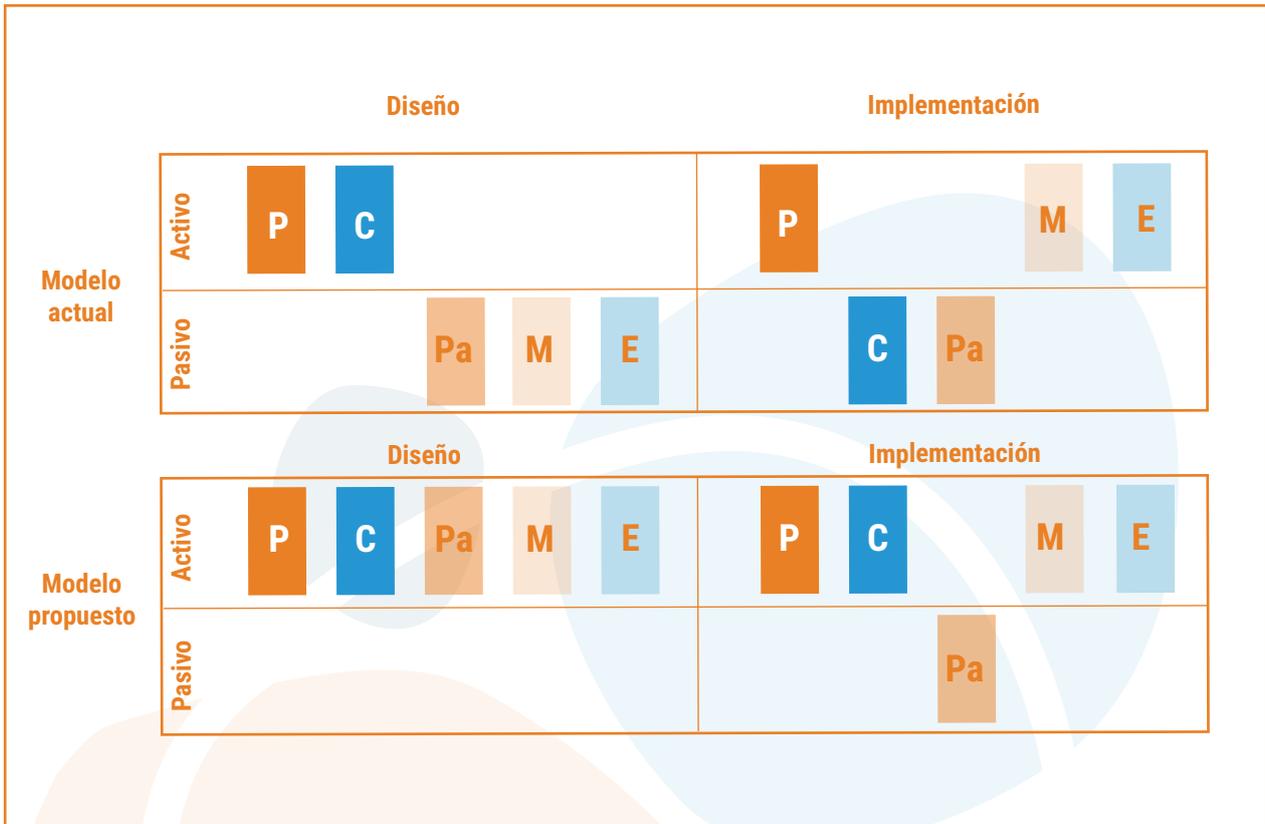


Figura 1. Propuesta de involucramiento de actores en el diseño e implementación de acuerdos (Adaptado de D Paredes) C indica compañía farmacéutica; E, entidad neutral; M, médicos especialistas; P, pagador; Pa, pacientes [15].

Existen por otro lado varios modelos para las negociaciones[18–21]. Uno, probablemente el más metodológicamente desarrollado es el modelo de múltiples negociadores para tomar decisiones grupales[18]. La metodología combina procesos basados en valor, proceso de toma de decisiones multicriterio y opciones de acuerdo de base de negociación y coalición.

Para determinar la mejor opción de acuerdo, se siguen cinco etapas:

1. Establecer el peso de las preferencias de cada tomador de decisiones (TD)
2. Calificar cada alternativa para cada criterio de evaluación.
3. Puntuar todas las alternativas para cada TD.
4. Determinar la solución óptima (pago óptimo).
5. Calcular el factor de aptitud de cada solución alternativa, utilizando los parámetros de valor negativo y valor positivo para determinar la mejor opción.

Componentes principales de un Acuerdo de Salud Basado en Valor

A continuación, presentamos los principios fundamentales que consideramos esenciales para el desarrollo de acuerdos de salud basados en valor, en Argentina. Los mismos se encuentran alineados con el concepto de cuidado de la salud basado en valor definido por Porter [2] y detallado también en una revisión reciente para nuestra región[3].

Cada uno de los items mencionados, contará con la escala crítica, relevante y deseable según las definiciones mencionadas anteriormente. Quien utilice este documento podrá optar por el uso de todos o algunos de estos componentes, de acuerdo al subsistema de salud en el que se esté desarrollando, teniendo claro que aquellos que hayan sido catalogados como críticos sean incluidos, ya que su ausencia harían que el acuerdo no cumpliera con los requisitos mínimos necesarios para ser considerado un acuerdo de Salud basado en valor.

Componentes

1. Definir el alcance del acuerdo (Crítico): describir claramente las **partes involucradas, población objetivo y servicios específicos** relacionados con la enfermedad que se proporcionarán en virtud del acuerdo.

Esto podría incluir aspectos como controles regulares con un proveedor de atención sanitaria, acceso a educación o el suministro de ciertos medicamentos, diagnósticos o tratamientos.

2. Determinar las métricas de valor (Crítico): identificar los **resultados clave** o las métricas que se utilizarán para medir el valor de los servicios prestados en virtud del acuerdo. Los mismos deben contener resultados clínicos útiles para los prestadores del servicio, indicadores de resultados reportados por los pacientes, y medidas de costos.

Esto podría incluir aspectos como el nivel de control de glucemia, la cantidad de hospitalizaciones evitadas o la calidad de vida general del paciente.

3. Establecer la estructura de pago (Crítico): determinar cómo se estructurará el **modelo de pago** según el acuerdo.

Esto podría implicar establecer tarifas fijas para ciertos servicios y vincular el pago al logro de métricas de valor específicas.

4. Acordar un proceso para monitorear y evaluar el acuerdo (Crítico): determinar cómo se llevará a cabo el monitoreo del cumplimiento de lo pactado en el acuerdo, y cómo se evaluará para garantizar que satisfaga las necesidades del paciente y brinde valor.

Esto podría implicar la **recopilación periódica de datos** sobre las métricas de valor identificadas en el acuerdo y el uso de estos datos para ajustar la estructura de pago según sea necesario.

5. Establecer un mecanismo para la resolución de disputas (Relevante): si durante las negociaciones existieron desacuerdos o disputas con lo acordado previamente, es importante contar con un proceso claro para resolver estos problemas.

Esto podría implicar el uso de un tercero independiente para mediar en disputas o el establecimiento de un proceso de arbitraje.

1. Debe establecerse un mecanismo consensuado por las partes para la negociación antes de empezar (Relevante).
2. Definir entre las partes los componentes que serán incluidos en el acuerdo teniendo en cuenta los siguientes: [22] [23] [5]

1. Definir el alcance del acuerdo

- a. El objetivo (Crítico).** Definir el problema o incertidumbre a solucionar.
- b. La condición (Crítico).** Puede ser población, pacientes, diagnósticos y ámbito. Debería ser lo más explícito y detallado posible. Con criterios de inclusión, exclusión y de estratificación de riesgo.
- c. La duración (Relevante),** adecuada a la patología y el ámbito. Debe tener en cuenta también que pueden haber cambios tecnológicos o económicos disruptivos con cláusulas de salida y condiciones pre-acordadas.
- d. La estratificación (Relevante)** o clusterización de esta población, para poder hacer ajustes de riesgo, establecer diferentes caminos con diferentes costos y diferentes expectativas de resultados.
- e. Los servicios específicos que se incluirán (Crítico/Relevante),** los protocolos de atención. Basados en Evidencia. Describir la cadena de valor, con todos los componentes específicos detallados.
- f. Los actores involucrados (Crítico).** Quienes suscribirán el acuerdo. Pacientes, familiares, prestadores, administradores, proveedores de tecnología, aseguradores, reguladores, entidades neutrales.
- g. La difusión (Relevante).** Debería incluir acuerdos de confidencialidad que definan cuánto se puede difundir del acuerdo, posibilidad de análisis de publicación de implementación y definir qué resultados se pueden exponer y por qué medios.

2. Determinar el Objetivo

Es importante definir el problema o incertidumbre que el acuerdo viene a solucionar. Pueden ser varios de los siguientes dominios[24]:

- a. Económico:**
 - i. Búsqueda de eficiencia económica. **(Crítico)**
 - ii. Disminuir costos directos. **(Relevante)**
 - iii. Disminuir costos indirectos. **(Deseable)**
 - iv. Reducir la variabilidad de costos. **(Deseable)**
 - v. Sustentabilidad. **(Crítico)**
- b. Mejoría de resultados clínicos:**
 - i. Disminuir mortalidad. **(Relevante)**
 - ii. Disminuir complicaciones. **(Relevante)**
 - iii. Disminuir reinternaciones. **(Relevante)**
 - Mejorar resultados de laboratorio y comorbilidades. **(Relevante)**
 - iv. Mejorar resultados perioperatorios. **(Relevante)**

v. Disminución de la duración de tratamientos farmacológicos. **(Relevante/Deseable)**

**c. Mejoría de resultados reportados por pacientes
(PREMs Patient Reported Experience Measures y PROMs
Patient Reported Outcomes Measures):**

- i. Satisfacción con la atención. (Relevante)
- ii. Mejoría funcional y laboral. (Relevante)
- iii. Mejora en scores de calidad de vida. (Relevante)
- iv. Mejoría del bienestar global. (Relevante/Deseable)

d. Mejorar la cultura del prestador:

- i. Apoyo para implementación de innovaciones. (Relevante)
- ii. Conciencia de valor y compromiso con la creación de él. (Relevante)
- iii. Replicabilidad. (Deseable)

e. Gestión hospitalaria:

- i. Aumento de la capacidad de atención. (Relevante)
- ii. Mejora en la eficiencia de altas. (Relevante)
- iii. Mejor asignación de recursos y capacidad. (Relevante)
- iv. Creación de oficina de valor. (Relevante)
- v. Mejora de calidad mediante ajuste de riesgo. (Relevante)
- vi. Benchmarking. (Relevante)

Es importante explicar por qué, ciertos puntos que se definen como fundamentales para determinar el valor no aparecen como críticos, si no como relevantes. Esto podría explicarse por el grado de madurez y entendimiento del sistema de salud en todos sus actores en cuanto a la medición e importancia de esta información, lo que genera una necesidad de intensificar estos conceptos para la correcta implementación de este modelo de cuidados de salud.

3. Determinar las métricas de valor

Las métricas de valor son las medidas utilizadas para evaluar si un tratamiento o intervención de salud ha sido efectivo y ha proporcionado el valor esperado a los pacientes [14,24–26]. Para elegir estas métricas de valor, se utilizan diversas metodologías, que incluyen revisiones sistemáticas de la literatura, consenso de expertos, grupos de discusión con pacientes, entre otros. Se buscan métricas que sean relevantes, validadas y medibles aplicables en la práctica clínica diaria. Además, se considera la opinión de los pacientes y la experiencia clínica de los proveedores de atención médica para asegurar que las métricas sean útiles y se puedan aplicar en la atención de los pacientes. Debería estar detallada la descripción metodológica de porqué se eligen.

Pueden clasificarse en diferentes niveles de acuerdo a los descrito a la tabla a continuación:

Nivel	Dimensión	Medición	Ejemplo
Estado de Salud	Supervivencia	Mortalidad hospitalaria (Crítico)	Mortalidad hospitalaria (Crítico) Infarto de Miocardio (IAM), [27] Cirugía Bariátrica [26]
		Supervivencia a la intervención (Crítico/Relevante)	Cirugía de cáncer de esófago [28]
		Mortalidad a 30 días (Relevante)	IAM [27]
		Mortalidad al año (Relevante)	IAM [27]
	Grado de recuperación de Salud	Destino al alta (domicilio o centro de rehabilitación) (Relevante)	Artroplastia Total [29]
		Funcionalidad física (Relevante)	Artroplastia Total [29]
		Nivel de Dolor (Relevante)	Cirugía Cardíaca [30]
		Diagnóstico / Libre de enfermedad (Relevante)	Cáncer de mama [31]
Proceso de recuperación	Tiempo de recuperación	Tiempo a las tareas habituales (Relevante)	Cirugía Bariátrica [26]
		Tiempo a inicio de cuidados (Relevante)	Cirugía Traumatológica [32]
		Duración de la cirugía (Deseable)	Cirugía traumatológica [33]
		Duración de la recuperación (Relevante)	Cirugía traumatológica [33]
	Utilidad - Desutilidad	Duración de la internación (Crítico)	Cirugía de cáncer de esófago [28]
		Complicaciones de corto plazo (Crítico)	Cirugía de cáncer de esófago [28]
		Días de terapia intensiva (Relevante)	Cirugía de cáncer de esófago [28]
		Tasa de infecciones (Crítico) Cirugía traumatológica [33]	Cirugía traumatológica [33]
		Objetivo de uso de medicación (Deseable)	Cirugía Cardiovascular [34]
		Satisfacción de paciente (Relevante)	Cirugía traumatológica [33]
		Marcadores Psicológicos (Deseable)	Cirugía Bariátrica [26]
		Sustentabilidad de la salud	Sustentabilidad de la salud
Reinternaciones a los 90 días (Relevante)	Cirugía Bariátrica [26]		
Revisión quirúrgica / Reoperación (Crítico,/Relevante)	Cirugía Bariátrica [26]		
Complicaciones post alta (Relevante)	Artroplastia Total [29]		
Consecuencias a largo plazo	Reporte de estado de salud (Crítico/Relevante)		Artroplastia Total [29]

Tabla 1: Resultados de Acuerdos de Valor de acuerdo niveles y dimensiones (adaptado de Porter)[24]

Los diferentes dominios de las métricas, tienen diferente grado de representación en los estudios [24]. Esto puede explicarse por la diversidad de modelos de CSBV en diferentes áreas y con diferentes actores de diferentes sectores

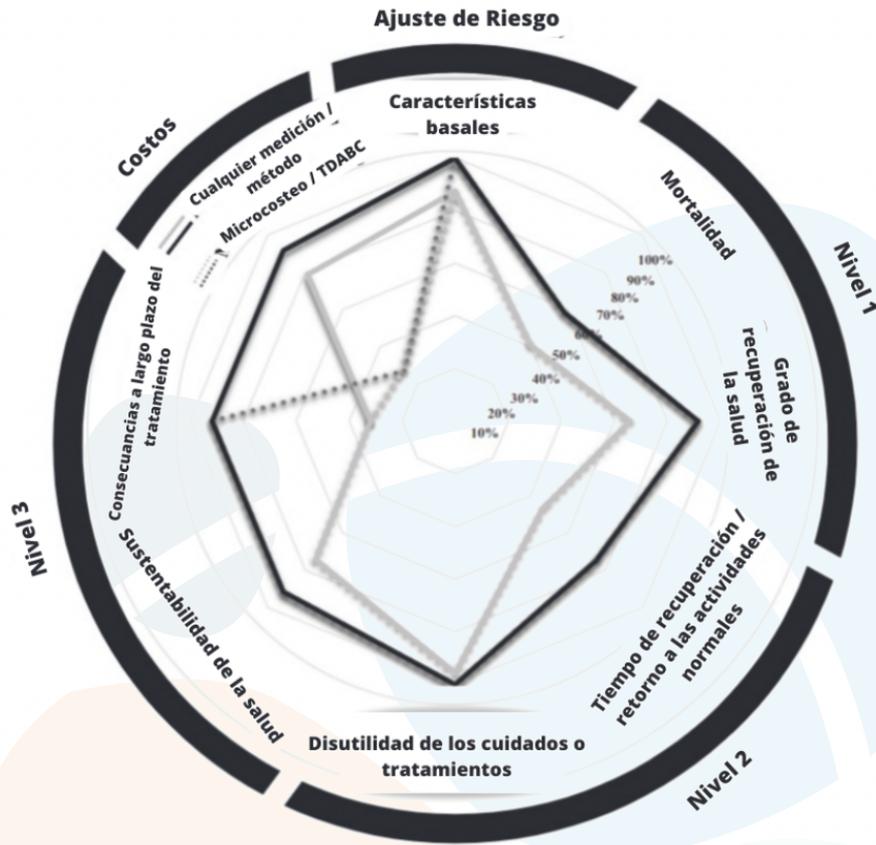


Figura 2: Mapa de distribución de resultados por dominio de métricas en publicaciones relacionadas con salud basada en valor. Nota. La línea negra dentro del círculo representa la proporción de casos de Harvard Business School en cada nivel; la línea gris demuestra el mismo perfil para los estudios de revisión sistemática. La línea punteada representa los estudios dentro de la categoría de resultados financieros que utilizaron métodos de microcosteo o costeo basado en actividades en función del tiempo (TDABC). (de Zanotto 2021) [24]

Es importante definir quién de los actores involucrados va a ser responsable o en quién se va a delegar la medición de los resultados y con qué herramientas tecnológicas se va a medir cada resultado de cada paciente. Los indicadores para hacer métricas y comparaciones deben estar basados en la mejor evidencia disponible y los datos deben manejarse en forma anónima y segura.

Por una cuestión de practicidad, se debería partir de métricas que ya se están relevando en forma sistemática y habitual, pudiendo incorporarse nuevas mediciones en procesos iterativos.

Idealmente debería incorporarse en forma temprana un actor neutral con función de analizar e interpretar los datos cualitativamente, generando valor para las partes [15].

4. Mecanismos de pago

Un modelo de pago por valor incentiva a los proveedores de atención médica a centrarse en los resultados de salud del paciente, en lugar de la cantidad de servicios prestados.

Al incentivar un enfoque en la calidad de la atención, se espera que los proveedores de atención médica adopten prácticas

clínicas basadas en la evidencia, mejoren la eficiencia en la prestación de servicios de atención médica y mejoren los resultados clínicos, al mismo tiempo que buscan disminuir los costos y aumentar la satisfacción del paciente.

Los modelos de pago basados en valor se basan en los modelos básicos de pago [35].

Unidad de Pago	Término Común	Ejemplos (Sistemas de Clasificación Comunes)
Por período de tiempo	Presupuesto y salario	Médicos con salario y hospitales.
Por beneficiario	Capitación	Organizaciones de atención administrada, gerenciadoras. Se utiliza más comúnmente para pagar planes de salud.
Por receptor†	Capitación de contacto	Servicios especializados de médicos. No es común; un ejemplo es un cardiólogo que se hace cargo del tratamiento de pacientes cardíacos.
Por episodio	Tarifas por caso, pago por estadía y pagos agrupados (módulo)	Pacientes hospitalizados (GRD), cirugías, atención domiciliaria y múltiples proveedores. Definido aquí como atención de salud relacionada a lo largo de varios días.
Por día	Diario y por visita	Día de internación, pacientes ambulatorios en hospital de día y centros quirúrgicos ambulatorios. Puede definirse como toda la atención a lo largo de un día
Por servicio	Pago por prestación (FFS)	Servicios médicos, pacientes ambulatorios, odontólogos, insumos médicos y medicamentos. A menudo se realizan pagos separados por múltiples servicios por día.
Por precio	Reintegros o subsidios según tablas	Prótesis de alto costo, reintegros de prestaciones en planes abiertos. Los pagadores suelen pagar hasta un monto definido.
Por porcentaje	Porcentaje del precio de venta	Cualquier tipo de servicio. Pueden ser medicamentos o insumos ortopédicos con diferentes porcentajes de cobertura.

GRD Grupos Relacionados de Diagnóstico. †El receptor se refiere al paciente o individuo que recibe atención.

Tabla 2: Los 8 métodos básicos de pago en la atención de la salud [35]

Para poder categorizar los diferentes modelos de pago por valor, se estableció un marco para los acuerdos para servicios médicos con diferentes categorías dependiendo del grado de impacto de las mediciones de valor sobre los pagos.

Categoría 1 Basado en Volumen	Categoría 2 Basado en volumen con ajuste por valor	Categoría 3 Basado en Volumen asociado a resultados	Categoría 4 Basado en población
Se paga por volumen de ventas. Se acuerda el precio según el costo y descuentos por cantidad.	Similar al anterior, pero se ajusta el pago ex ante al valor esperado y la indicación adecuada.	Se agrega un ajuste ex post asociado a los resultados del tratamiento en los pacientes.	El pago está relacionado no al volumen de prestaciones, si no a los resultados de la población.
		3A Limitado: pequeño ajuste basado en datos limitados.	4A Parcial: mezcla de cápita y de volumen de servicios con ajustes por resultados
		3B Sustancial: Los ajustes por los resultados son una parte importante.	4B Completo: Una cápita ajustada a resultados

Tabla 3: Descripción de modelos de pago por adopción de iniciativas de valor [25].

Los diferentes modelos de pago se definirán según los diferentes actores del acuerdo (Duplas, Tríadas, Tétradas de pacientes, prestadores, proveedores, aseguradores) y del objetivo que tenga el acuerdo. En todos los modelos deben poder medirse los resultados. Sin medición de resultados y sin ajustes según los resultados, serían los 8 modelos de pago clásicos.

Es importante costear la cadena completa de valor de todos los costos incurridos por la institución en todo el proceso de atención para establecer los valores de pago.

Análisis de costo						
Estimar el tiempo necesitado para cada paso para procesos más complejos registrar la duración actual.	Identificar la condición o segmento del paciente.	Definir la cadena de valor de los cuidados. Cuáles son las principales actividades y donde.	Construir los mapas de proceso incluido el tiempo de cada actividad de cuidados.	Calcular los costos totales para cada ciclo del cuidado de cada paciente.	Estimar la capacidad disponible en tiempo y la capacidad de costos de cada recurso.	Estimar el costo de proveer cada recurso.
Tareas Relacionadas con los datos de la Agenda de Valor						
Liderazgo clínico y miembros del equipo comprometidos. Herramientas para registrar el tiempo, según sea necesario.	Identificación de cohortes y fenotipos electrónicos.	Mapeo y minería de procesos. Includido el mapeo de flujo de valor.	Mapeo y minería de procesos.	Transparencia de datos de costos, incluidos equipos, espacio de TI, mano de obra, servicios de soporte.	Dividir el costo total de cada recurso por la capacidad de cada recurso.	Multiplicar el tiempo de atención directa al paciente por la tasa de capacidad para calcular el costo total por paciente.
Habilitación de la plataforma de tecnología de la información						

Figura 3: Etapas involucradas en el costeo por actividad basado en tiempo (TDABC) adaptado de Leung, van Merode, Kaplan y Porter. [14,36].

Los principales modelos de pago recomendados en CSBV son [35]:

i. Acuerdos de pago por desempeño (Crítico): con hospitales y/o médicos. Una parte del pago está establecido por las prestaciones y la otra parte por incentivos de calidad. Pueden ser premios o penalizaciones por buenos o malos resultados, por adherir a mediciones, reportes de mediciones de calidad.[37]

ii. Pago por Cadena de Valor (Bundle)(Crítico) [38]: Se establece el costo de toda la cadena de atención de un episodio de atención definido y los ajustes según los resultados esperados. En la práctica implica aumentar al menos una de las siguientes 3 dimensiones: aumentar los diferentes tipos de proveedores o prestadores, aumentar el periodo de tiempo para incluir eventuales complicaciones, agregar servicios, como incluir consultas ambulatorias, seguimiento en domicilio.

iii. Acuerdos de riesgo compartido (Relevante): con hospitales y/o productores de tecnología. Se acuerda un pago por cada caso, diferente según los resultados que se obtengan. Se transfiere el riesgo financiero del asegurador al prestador o proveedor, ajustado según la tasa esperada de eventos.

iv. Acuerdos de ahorro compartido (Relevante): con hospitales y/o médicos. Puede haber gerenciadore que intervengan. Al revisar los episodios de atención se detallan cuáles fueron los ahorros y se establece un mecanismo de pago.

v. Acuerdos de capitación con ajustes por resultados (Deseable), o presupuesto global. con corredores de riesgo. (Los corredores de riesgo son valores predeterminados dentro de los cuales se espera que se muevan los costos. En caso de que el costo de la cápita se mueva por fuera de esos corredores exceso de costo o de ahorro.)

vi. Casa médica centrada en el paciente (Relevante). El paciente es el eje central del cuidado y se le brinda una atención integral, coordinada y personalizada por un equipo de profesionales de salud. Se combinan modelos de P4P + pago por día o episodio, con ajustes según resultados y costos.

vii. Pago por coordinación (Relevante). Se recompensa a los prestadores por coordinar los cuidados de los pacientes complejos y/o con múltiples comorbilidades y mejorar los resultados de salud.

b. Es fundamental establecer los costos en forma adecuada. Un requisito deseable sería el costeo de todo el ciclo de atención. El detalle del mecanismo de costeo de la cadena de valor tiene que estar explicitado en el acuerdo, así también como los ajustes por cambios macroeconómicos, regulatorios y de cambios de los estándares de cuidados. Debe diferenciar costo de precio y establecer claramente el proceso de costeo. Hay múltiples maneras de calcular los costos, debería estar explícita [14,39].

i. TDABC time-driven activity-based costing. (Deseable)

ii. ABC activity-based costing. (Deseable)

iii. Contabilidad analítica. (Relevante, Deseable)

iv. Costear cada unidad de prestación. (tiempo de cada profesional, uso de instalaciones, insumos y medicamentos) (Relevante)

v. Costear la cadena completa de valor de todos los costos incurridos por la institución en todo el proceso de atención

vi. Establecer el estrato, segmento o cluster que puede tener un paciente (Relevante)

c. Definir los modelos de ajuste por valor. Para diferenciar estos modelos de pago, la medición y ajuste del pago por estas mediciones se compone de diferentes partes. Puede aplicarse un marco de costo efectividad para establecerlo [37] :

i. Establecer cómo se va a calcular el plus por buenos resultados. (Crítico)

ii. Establecer cómo se va a calcular el descuento por malos resultados. (Crítico)

iii. Establecer según la estratificación ajuste por riesgo [27]. (Relevante)

iv. Plazos de Pagos adecuados para ser incentivos económicos reales. (Crítico)

5. Monitoreo y Evaluación del acuerdo

Para el correcto funcionamiento del acuerdo a lo largo del tiempo deberán programarse monitoreos y reevaluaciones periódicas.

a. Deben establecerse con qué periodicidad se realizará el monitoreo de las mediciones, quién las realizará, quién las analizará, y cómo se informará a las partes. (Crítico)

b. Debe establecerse una revisión periódica de resultados, costos y desempeño del programa, que puede ser trimestral, semestral o anual. (Crítico)

c. Se tendrán en cuenta inflación y otras variaciones de costos de RRHH e insumos, incorporación de nuevas tecnologías, nuevas evidencias científicas, que pueden hacer quedar desactualizadas las condiciones del acuerdo original. (Crítico)

d. Corredores de riesgo predefinidos para ajustar desvíos en más o en menos. Los corredores de riesgo son valores mínimos y máximos de costos por fuera de los cuales se permite una renegociación de los valores. Esto permite tener un ajuste para evitar transferencias inadecuadas de riesgo o ganancias que distorsionen el objetivo del acuerdo. (Relevante)

6. Resolución de Conflictos y Diferencias

La resolución de disputas puede ser un factor crítico a la hora del éxito de estas nuevas forma de contratación

a. Deben establecerse explícitamente los términos para resolución de disputas. (Crítico)

b. En caso de no existir mediciones de resultados, o estos resultados ser ambiguos, cual será el resultado asumido para el ajuste del pago. (Relevante)

c. Pueden establecerse auditorías compartidas para la evaluación de los casos críticos (Relevante).

Resultados y Conclusiones

El presente reporte describe en base a la revisión de la literatura, opinión de experto y relevamiento entre interesados sobre cuáles pueden ser componentes necesarios para acuerdos de salud basada en valor en nuestro sistema de salud.

A través de este reporte, que muestra la madurez y disposición de todos los actores, se espera promover una comprensión más profunda de los desafíos y las oportunidades en la transición hacia modelos de atención basados en valor, y se generen recomendaciones prácticas para impulsar un cambio positivo en el sistema de salud.

Hubo cierto grado de desacuerdo en los resultados de encuesta circulada, y este grado de desacuerdo probablemente refleja las diferentes visiones de cada actor en cuanto a la representación de cada área en su sector específico y las tensiones que probablemente se susciten a la hora de negociar acuerdos.

Esperamos que la extensión de estos acuerdos pueda generar aprendizajes que permitan la evolución e implementación creciente de acuerdos de salud basada en valor en nuestro sistema de salud.

Bibliografía

1. Oecd. *Tackling Wasteful Spending on Health*. 2017. p. 304. doi:10.1787/9789264266414-
2. Porter ME, Teisberg EO. *Redefining Health Care: Creating Value-based Competition on Results*. Harvard Business Press; 2006. Available: <https://play.google.com/store/books/details?id=Kp5fCkAzzS8C>
3. García Elorrio E., Teijeiro M. E., Hreczuch N., García C., . *Hacia la Salud Basada en Valor en Latinoamérica. Reporte de mejores prácticas y guía de implementación*. Departamento de Calidad, Seguridad del Paciente y Gestión Clínica, IECS; 2021. Available: <https://www.iecs.org.ar/wp-content/uploads/IECS-Reporte-Final-Toolkit-FINAL.pdf>
4. Dubois RW, Westrich K, Buel L. Are Value-Based Arrangements the Answer We've Been Waiting for? *Value Health*. 2020;23: 418–420. doi:10.1016/j.jval.2019.10.016
5. Schiavone F, Mancini D, Leone D, Lavorato D. Digital business models and ridesharing for value co-creation in healthcare: A multi-stakeholder ecosystem analysis. *Technol Forecast Soc Change*. 2021;166: 120647. doi:10.1016/j.techf re.2021.120647
6. Paris V, Belloni A. *Value in Pharmaceutical Pricing*. Organisation for Economic Co-Operation and Development (OECD); 2013 Jul. doi:10.1787/5k43jc9v6knx-en
7. van Veghel D, Schulz DN, van Straten AHM, Simmers TA, Lenssen A, Kuijten-Slegers L, et al. Health insurance outcome-based purchasing: The case of hospital contracting for cardiac interventions in the Netherlands. *International Journal of Healthcare Management*. 2018;11: 371–378. doi:10.1080/20479700.2018.1458177
8. Poveda JL, Bretón-Romero R, Del Rio-Bermudez C, Taberna M, Medrano IH. How can artificial intelligence optimize value-based contracting? *J Pharm Policy Pract*. 2022;15: 85. doi:10.1186/s40545-022-00475-3
9. Jain N, Phillips FM, Shimer AL, Khan SN. Surgeon Reimbursement Relative to Hospital Payments for Spinal Fusion: Trends From 10-year Medicare Analysis. *Spine* . 2018;43: 720–731. doi:10.1097/BRS.0000000000002405
10. Rao KD, Vecino Ortiz AI, Robertson T, Lopez Hernandez A, Noonan C. *Future Health Spending in Latin America and the Caribbean: Health Expenditure Projections & Scenario Analysis*. Inter-American Development Bank; 2022 Apr. Available: [https://publications.iadb.org/en/future-health-spending-latin-america-and-caribbean-health-expenditure-proj](https://publications.iadb.org/en/future-health-spending-latin-america-and-caribbean-health-expenditure-projections-scenario-analysis)
11. Cedim A. Informe de Precios, prestaciones y módulos. In: [adepra.org.ar \[Internet\]](https://biblioteca.adepra.org.ar/informe-de-precios-de-modulos-y-prestaciones-diciembre-2022/). 2022 [cited 18 Apr 2022]. Available: <https://biblioteca.adepra.org.ar/informe-de-precios-de-modulos-y-prestaciones-diciembre-2022/>
12. Tobar F. El modelo de salud argentino: historia, características, fallas. In: <https://salud.gob.ar/dels/entradas/el-modelo-de-salud-argentino-historia-caracteristicas-fallas> [Internet]. 03/2017 [cited 18 Apr 2023]. Available: <https://salud.gob.ar/dels/entradas/el-modelo-de-salud-argentino-historia-caracteristicas-fallas>
13. Maceira D RAM. Vista de Contratos, mecanismo de pago y poder de negociación: El caso del sistema de salud de Córdoba. *Revista de Salud Pública*. 2013;XVII: 21–30. Available: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/RSD/article/view/6848/7926>
14. Leung TI, van Merode GG. Value-Based Health Care Supported by Data Science. *Fundamentals of Clinical Data Science*. Cham (CH): Springer; 2019. pp. 193–212. doi:10.1007/978-3-319-99713-1_14
15. María Paredes Fernández D, Christian Lenz Alcayaga R. Acuerdos de Riesgo Compartido: Lecciones Para su Diseño e Implementación a la Luz de la Experiencia Internacional. *Value Health Reg Issues*. 2019;20: 51–59. doi:10.1016/j.vhri.2018.12.004
16. Garrison LP Jr, Towse A, Briggs A, de Pouvourville G, Grueger J, Mohr PE, et al. Performance-based risk-sharing arrangements-good practices for design, implementation, and evaluation: report of the ISPOR good practices for performance-based risk-sharing arrangements task force. *Value Health*. 2013;16: 703–719. doi:10.1016/j.jval.2013.04.011
17. Aggarwal R. Risk-sharing Agreements: Country Experiences and Challenges. In: INSEAD [Internet]. 2014 [cited 9 May 2023]. Available: <https://www.insead.edu/sites/default/files/assets/dept/centres/hmi/docs/rsa-experiencesandchallenges-insead-hmi.pdf>
18. Utomo C, Zin RM, Zakaria R, Rahmawati Y. A conceptual model of agreement options for value-based group decision on value management. *Jurnal Teknologi*. 2014;70.
19. Branning G, Lynch M, Hayes K. Value-Based Agreements in Healthcare: Willingness versus Ability. *Am*

Health Drug Benefits. 2019;12: 232–234. doi:10.1377/hblog20161104.057443/full/

20. Cohen JP. Is There a Future for Value-Based Contracting? *Value Health*. 2020;23: 416–417. doi:10.1016/j.val.2020.01.006

21. RevCycleIntelligence. Value-Based Contracting 101: Preparing, Negotiating, and Succeeding. In: *RevCycleIntelligence* [Internet]. 1 Jun 2021 [cited 10 Apr 2023]. Available: <https://revcycleintelligence.com/features/value-based-contracting-101-preparing-negotiating-and-succeeding>

22. Duncan I. Value-Based Contracting in Health Care. *IntechOpen*, editor. *IntechOpen*; 2022. doi:10.5772/intechopen.103021

23. Mc Combs J, Myerson R, Xu Y, Popovian MSR, Pharm D. What Is It and How Can It Be Achieved?

24. Zanotto BS, Etges APB da S, Marcolino MAZ, Polanczyk CA. Value-Based Healthcare Initiatives in Practice: A Systematic Review. *J Healthc Manag*. 2021;66: 340–365. doi:10.1097/JHM-D-20-00283

25. Lopez MH, Daniel GW, Fiore NC, Higgins A, McClellan MB. Paying For Value From Costly Medical Technologies: A Framework For Applying Value-Based Payment Reforms. *Health Aff*. 2020;39: 1018–1025. doi:10.1377/hlthaff.2019.00771

26. Goretti G, Marinari GM, Vanni E, Ferrari C. Value-Based Healthcare and Enhanced Recovery After Surgery Implementation in a High-Volume Bariatric Center in Italy. *Obes Surg*. 2020;30: 2519–2527. doi:10.1007/s11695-020-04464-w

27. Ebinger JE, Strauss CE, Garberich RR, Bradley SM, Rush P, Chavez IJ, et al. Value-Based ST-Segment-Elevation Myocardial Infarction Care Using Risk-Guided Triage and Early Discharge. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2018;11: e004553. doi:10.1161/CIRCOUTCOMES.118.004553

28. Khullar OV, Jiang R, Force SD, Pickens A, Sancheti MS, Ward K, et al. Transthoracic versus transhiatal resection for esophageal adenocarcinoma of the lower esophagus: A value-based comparison. *J Surg Oncol*. 2015;112: 517–523. doi:10.1002/jso.24024

29. Ahn A, Ferrer C, Park C, Snyder DJ, Maron SZ, Mikhail C, et al. Defining and Optimizing Value in Total Joint Arthroplasty From the Patient, Payer, and Provider Perspectives. *J Arthroplasty*. 2019;34: 2290–2296.e1. doi:10.1016/j.arth.2019.05.024

30. van Veghel D, Martijn M, de Mol B, Measurably Better Study Group (The Netherlands) and Advisory Board. First results of a national initiative to enable quality improvement of cardiovascular care by transparently reporting on patient-relevant outcomes. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2016;49: 1660–1669. doi:10.1093/ejcts/ezw034

31. van Egdom LSE, Lagendijk M, van der Kemp MH, van Dam JH, Mureau MAM, Hazelzet JA, et al. Implementation of Value Based Breast Cancer Care. *Eur J Surg Oncol*. 2019;45: 1163–1170. doi:10.1016/j.ejso.2019.01.007

32. Williams DV, Liu TC, Zywiol MG, Hoff MK, Ward L, Bozic KJ, et al. Impact of an integrated practice unit on the value of musculoskeletal care for uninsured and underinsured patients. *Healthc (Amst)*. 2018;7: 16–20. doi:10.1016/j.hjdsi.2018.10.001

33. DiGioia AM 3rd, Greenhouse PK. Care experience-based methodologies: performance improvement roadmap to value-driven health care. *Clin Orthop Relat Res*. 2012;470: 1038–1045. doi:10.1007/s11999-011-2051-3

34. Glotzbach JP, Sharma V, Tonna JE, Pettit JC, McKellar SH, Eckhauser AW, et al. Value-driven cardiac surgery: Achieving “perfect care” after coronary artery bypass grafting. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2018;156: 1436–1448.e2. doi:10.1016/j.jtcvs.2018.03.177

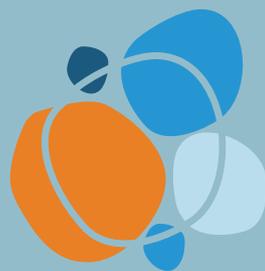
35. Quinn K. The 8 basic payment methods in health care. *Ann Intern Med*. 2015;163: 300–306. doi:10.7326/M14-2784

36. Kaplan RS, Porter ME. How to solve the cost crisis in health care. *Harv Bus Rev*. 2011;89: 46–52, 54, 56–61 *passim*. Available: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21939127>

37. Pandya A, Soeteman DI, Gupta A, Kamel H, Mushlin AI, Rosenthal MB. Can Pay-for Performance Incentive Levels be Determined Using a Cost-Effectiveness Framework? *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2020;13: e006492. doi:10.1161/CIRCOUTCOMES.120.006492

38. Tsai TC, Joynt KE, Wild RC, Orav EJ, Jha AK. Medicare’s Bundled Payment initiative: most hospitals are focused on a few high-volume conditions. *Health Aff*. 2015;34: 371–380. doi:10.1377/hlthaff.2014.0900

39. Niñerola A, Hernández-Lara A-B, Sánchez-Rebull M-V. Improving healthcare performance through Activity-Based Costing and Time-Driven Activity-Based Costing. *Int J Health Plann Manage*. 2021;36: 2079–2093. doi:10.1002/hpm.3304



COMUNIDAD de
APRENDIZAJE
SALUD
BASADA
en VALOR