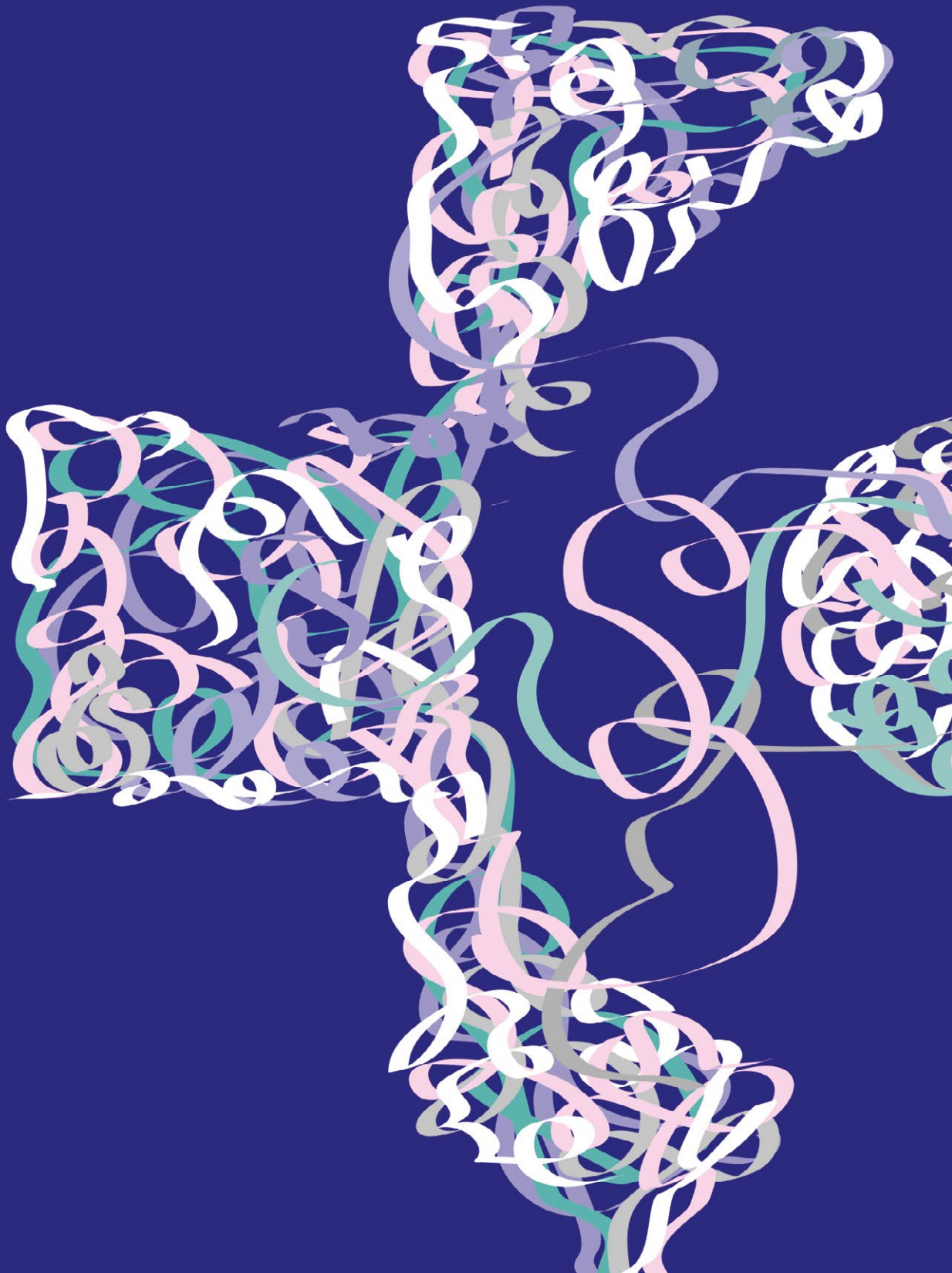


Estrategia de Valor en Osakidetza





EDICIÓN

1ª, julio 2023

EDITA

Osakidetza. C/ Álava, 45
01006 Vitoria-Gasteiz (Araba / Álava)

© Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco
Osakidetza

INTERNET

www.osakidetza.euskadi.eus

DEPÓSITO LEGAL

XXXXXXXXXX

Agradecimiento y autoría

El diseño de esta estrategia y la propuesta y elaboración de su hoja de ruta ha sido llevada a cabo por un equipo de personas, "el equipo nuclear de valor", bajo la encomienda de la Directora General de Osakidetza, Dra. Rosa Pérez Esquerdo y coordinado desde la Subdirección de Calidad y Sistemas de Información de Osakidetza.

Las personas que conforman este equipo son:

- **David Cantero**, Director Médico OSI Barrualde Galdakao.
- **Inés Gallego**, Subdirectora de calidad e innovación OSI Eskerraldea Enkarterri Cruces.
- **Elisa Gómez Inhiesto**, Directora Económica OSI Eskerraldea Enkarterri Cruces.
- **Ane Fullaondo**, Directora científica de BIOSISTEMAK.
- **Marisa Merino**, Directora Gerente OSI Bidasoa.
- **M^a Isabel Romo Soler**, Subdirectora de Calidad y Sistemas de Información. Dirección General.

Es gracias a ellos por sus aportaciones, su experiencia y sobre todo su visión de futuro por lo que ahora Osakidetza emprende como corporación este camino.

Eskerrik asko

El porqué de una Estrategia de Valor

Avanzar hacia un sistema de salud basado en el valor nos invita a rediseñar la asistencia hacia una atención integrada centrada en la persona. Una atención que, partiendo de la evidencia científica, permita empoderar a la persona paciente, avanzar en la toma de decisiones compartidas, en base a sus propios resultados clínicos y de calidad de vida y de sus expectativas. Una atención que obtenga mejores resultados en salud teniendo en cuenta además los costes para el sistema sanitario.

La atención centrada en el valor podría ser un elemento clave para garantizar la sostenibilidad de los sistemas sanitarios de alta calidad en el futuro e impulsar continuamente la mejora de los procesos asistenciales.

La medición de resultados en salud es una oportunidad para transformar los sistemas sanitarios, requiere un re-enfoque de atención hacia la búsqueda del mejor resultado desde la perspectiva de la persona paciente, y nuevos sistemas de medición de resultados reportados por el paciente, y de costes de la atención sanitaria.

> Índice



1. INTRODUCCIÓN	16
1.1. Referencias estratégicas	16
2. ESTADO DEL ARTE	20
2.1. Introducción	20
2.2. Iniciativas internacionales en atención sanitaria basada en valor	24
2.3. Implementación de la atención sanitaria basada en valor	25
3. OSAKIDETZA: NUESTRO OBJETIVO	32
3.1. Algunas premisas	34
3.2. Evaluación de los resultados en Salud	34
3.3. Cambio conceptual y de sistema métrico	35
3.4. Incorporación nuevas herramientas de gestión de la información	36
4. OBJETIVO DE LA ESTRATEGIA DE VALOR	40
4.1. Interfaces en la búsqueda de resultados en Salud	42
4.2. Requisitos del Sistema de Información Asistencial	42
4.3. Situación de partida en Osakidetza: primeras reflexiones	44
4.4. Situación de partida del Sistema de Información de Costes	45
5. PLAN DE IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE VALOR	49
5.1. Diseño de un modelo corporativo de VALOR	49
5.1.1. Análisis del contexto	49
5.1.2. Definición de la estrategia de VALOR para Osakidetza corporación	49
5.1.3. Y las Organizaciones de Osakidetza: ¿En qué punto están?	50
5.1.4. Plan de acción para esta fase de diseño	50



5.2. Fase de despliegue	53
5.2.1. Generación de cultura de valor	53
5.2.2. Plan de comunicación.....	53
5.2.3. Trabajo de modelización.....	54
5.3. Evaluación de la estrategia de implementación	54
5.4. Elementos transversales dentro de la implementación de la estrategia	55
6. CUADRO DE MANDO DE LA ESTATEGIA DE VALOR.....	58
6.1. Algunas referencias sobre marcos evaluativos.....	59
6.2. ¿Cuál es la apuesta de Osakidetza?.....	62
6.3. ¿Cómo abordar la construcción de este Cuadro de Mando?	62
7. CONCLUSIONES.....	68
8. ANEXO.....	72
8.1. Anexo I: Plan de trabajo.....	72
9. BIBLIOGRAFÍA.....	76

1. Introducción

1. Introducción

1.1. Referencias estratégicas

Tal y como se planteaba en el **Marco estratégico del Departamento de salud 2021-2024**⁽¹⁾, *“... el sistema público vasco de salud tiene entre sus responsabilidades evaluar los resultados en salud que se están alcanzando y establecer las medidas necesarias que garanticen aportar el máximo valor posible a la ciudadanía. Es necesario, por tanto, conocer el impacto y los resultados en salud de los diferentes programas asistenciales en las personas y confirmar con ellas que se han conseguido los resultados en salud esperados. Para conocer este impacto la base son estándares internacionales avalados y desplegar una metodología que posibilite medir con rigor dichos resultados...”*

En este mismo sentido el **nuevo Plan de Salud 2030**, recoge como objetivo 4. *“Lograr la sostenibilidad y excelencia en términos de calidad, humanización, seguridad en los sistemas asistenciales sanitarios y socio sanitarios de Euskadi”*.

Llegado a este punto, el **nuevo Plan Estratégico de Osakidetza 23-25**, y para dar respuesta a su vez al planteamiento del Plan de Salud 2030 contempla en su Línea Estratégica nº 3 como objetivo *“Desplegar la Atención Basada en Valor mediante una estrategia orientada a mejorar el valor, midiendo resultados en salud que realmente importan a pacientes y así como su relación con el coste de alcanzar esos resultados”*.

Para llevarla a cabo se plantean acciones como:

- Sensibilizar a profesionales y pacientes para promover la cultura de Valor.
- Priorizar del abordaje de enfermedades bajo criterios de Atención Basada en el Valor, estableciendo los criterios de priorización.
- Definir los Indicadores de la estrategia de Valor a través de un Cuadro de Mando Corporativo de Valor que contemple indicadores de efectividad, calidad de vida, y costes.
- Desplegar el sistema de evaluación de costes por paciente y por enfermedad y explorar propuestas para introducir la financiación basada en el Valor.

Avanzar hacia un sistema de salud basado en el valor nos invita a rediseñar la asistencia hacia una **atención integrada centrada en la persona**. Una atención que, partiendo de la evidencia científica, permita empoderar a la persona paciente, avanzar en la toma de decisiones compartidas, en base a sus propios resultados clínicos y de calidad de vida y de sus expectativas. Una atención que obtenga mejores resultados en salud va a suponer también costes más adecuados para el sistema sanitario.

Atención Basada en Valor

ACCIONES



2. Estado del arte

2.1. Introducción

La atención sanitaria basada en el valor (ASBV) sitúa los resultados en salud de los y las pacientes en el centro del proceso asistencial. En lugar de reembolsar los servicios prestados, la ASBV vincula los resultados a los costes y determina así el valor^(22,23,24). La atención centrada en el valor podría ser un elemento clave para garantizar la sostenibilidad de los sistemas sanitarios de alta calidad en el futuro; además, el valor podría impulsar continuamente la mejora de los resultados asistenciales^(25,26). Así la ASBV reclama la reforma y transformación de los sistemas sanitarios a escala mundial, siendo necesario: alinear las rutas asistenciales de los y las pacientes y centrarse en los resultados que pueden trascender a la calidad, adecuar la práctica clínica (mejorando así la eficiencia) y permitir un enfoque centrado en la persona paciente, al tiempo que se reducen los costes y la sobrecarga de los y las profesionales⁽²⁷⁾.

Los resultados, necesarios para determinar el valor, deben ser medidos de forma estandarizada para convertirse en una base sólida de comparación. Estas normas existen, pero aún carecen de la aceptación y de aplicación a gran escala⁽²⁸⁾. Además, en la actualidad no se aprovecha todo el potencial de los datos ya que se recogen en silos y la interoperabilidad, vinculación y acceso resultan difíciles de alcanzar. Es más, queda camino por recorrer en la recogida de los resultados informados por las personas pacientes⁽²⁹⁾. Estos datos nos proporcionarían información centrada en él y la paciente sobre los efectos de nuestras intervenciones en el contexto de la atención sanitaria habitual y revelaría las experiencias únicas de los y las pacientes en cuanto a calidad asistencial^(30,31).

La medición de los costes debe estar referida a paciente, y debe permitir conocer el coste de cada enfermedad englobando el ciclo completo de atención, superando la fragmentación por Servicio o actividad. Para el análisis y para la comparación de resultados es necesario un detalle suficiente para identificar los principales factores de coste para cada enfermedad.

Una vez conocidos los resultados en salud y los costes, es necesario desarrollar la metodología que permita realizar el cálculo del valor aportado a las y los pacientes.

Varias iniciativas en Europa abordan actualmente algunas de estas cuestiones. Sin embargo, siguen actuando de forma diferente en función de los distintos niveles de madurez de los sistemas sanitarios.

El recorrido histórico del concepto de atención sanitaria basada en el valor es largo.

Ya en 1988 Picker definió el concepto de **atención centrada en la persona**⁽²⁾. El cuidado centrado en la persona consiste en comprender y respetar los valores, las preferencias y las necesidades expresadas de las personas. Se definieron 8 principios que, aunque han ido modificándose y matizándose desde entonces, no han perdido vigencia.

Los 8 principios de la atención centrada en la persona de Picker



Es en 2006 cuando M. Porter y Elisabeth Teisberg⁽³⁾ plantean una reorientación de lo que debería ser la atención sanitaria planteando como elemento central de la transformación propuesta, la creación de valor para el paciente sin dejar de tener en cuenta gasto dedicado a ello.

Michael Porter planteó la primera definición de medicina basada en valor como el *“Resultado de salud logrado por dólar gastado”*.

La medicina basada en el valor (en adelante MBV) es un *marco para la mejora del rendimiento en la atención sanitaria*. No mide el proceso de atención (calidad). Ni el volumen de servicios (cantidad). Centra la atención en la persona paciente. **“La calidad debe medirse desde la perspectiva de paciente”**.

Se basa en estándares elaborados respecto a una condición de salud específica o grupo poblacional y es multidimensional. Abarca la eficiencia y valora los costes totales de toda la atención, no sólo de los servicios individuales o parciales.

Para acelerar el camino hacia la salud y la atención que necesitamos, contamos con la propuesta de **Berwick**⁽⁴⁾ en 2008 quien plantea una Triple meta para los sistemas de salud, organizaciones de servicios o programas: **Búsqueda simultánea de los mejores resultados en salud posibles, ofreciendo la mejor experiencia a la persona paciente, y con la máxima eficiencia**”:

- Mejorar la experiencia de los y las pacientes (satisfacción y calidad).
- Mejorar los resultados clínicos en la población.
- Reducir costes per cápita de la atención sanitaria.

Muchas instituciones están abrumadas por el cambio requerido y no saben por dónde empezar. Como Michael Porter y Thomas H. Lee describieron recientemente en el artículo «La estrategia que “arreglará” la atención médica»⁽⁵⁾, *“...la implementación de una estrategia de valor implica dismantelar departamentos especializados en favor de dolencias o enfermedades específicas, ser pagados y responsabilizados por los resultados, perseguir la expansión geográfica y mucho más. Es una transformación formidable...”*.

Michael Porter

Propone **6 elementos clave** de despliegue de una estrategia de valor:



Los ámbitos sanitario y social vienen experimentando desde hace años el impacto de cambios en la demanda (envejecimiento, cronicidad, multimorbilidad, nuevos perfiles de pacientes, etc.) y en la oferta (innovación biosanitaria, disrupción digital, entre otras) que pueden comprometer la sostenibilidad de ambos sistemas.

Las organizaciones sanitarias a nivel global están sometidas cada vez más a la presión de demostrar cómo añaden valor a través de la actividad que realizan.

Dentro de este propósito, **la mejora de los resultados en salud que importan a los y las pacientes es un aspecto clave** y que requiere una reorientación estratégica y avances en su implementación y evaluación.

Un modelo de atención centrado en persona paciente requiere un nuevo modelo de gestión, y un sistema de información de costes por enfermedad que permita comparar costes con los resultados en salud para alcanzar la gestión basada en el valor.

El reto es grande y surgen algunas dudas como las que se plantearon y fueron debatidas en el VII foro de transformación sanitaria del Deusto Business School⁽⁶⁾: *¿el modelo actual de atención permitiría dar esa respuesta?, ¿que apuesta habría que hacer desde los sistemas sanitarios y con qué barreras nos encontramos para medir de manera sistemática los resultados en Salud y los costes?*

El contexto que aporta la medicina basada en el valor recoge, además, como uno de sus principales inputs a tener en cuenta, todo lo relacionado con las estrategias “NO HACER O DEJAR DE HACER”. En este caso las dianas hacia la que debemos dirigir los esfuerzos son: el propio sistema, los y las profesionales y la sociedad en su conjunto.

Tal y como se analiza en Right Care Alliance⁽⁷⁾, es de sobra conocido que las prácticas clínicas inapropiadas consumen entre el 25% y el 33% de los presupuestos sanitarios de todos los países del mundo.

Estas “ineficiencias” viene provocado principalmente por los dos sesgos: *uno llamado sesgo del **statu quo*** sobre mantener las prácticas establecidas con el principio de “siempre si hizo así”; o, por el contrario, otro, el llamado ***sesgo de intervención***: todo lo nuevo es bueno “por definición” y nunca se elimina ni viene a sustituir a nada.

Estos sesgos afectan a toda la gama de servicios sanitarios y a todas las especialidades, aunque de manera muy desigual. Hay procesos clínicos específicos en los que la exageración es muy desproporcionada. Y no se relacionan con el mayor consumo de recursos, ya que en áreas con menos frecuentación también se desperdicia.

Por otro lado, son múltiples las iniciativas internacionales orientadas a la implementación real de la MBE⁽⁸⁾, como la de potenciar píldoras sintéticas de evidencia y promover la decisión compartida, con el fin de acelerar el paso de la práctica dirigida por las guías, a la medicina individualizada. O el movimiento “Choosing Wisely” (elige sabiamente), **iniciativa americana que trata de empoderar a las personas pacientes en la toma de decisiones**, con materiales de divulgación y que se ha extendido por múltiples países⁽⁹⁾.

Estas son algunas de las cuestiones que surgen del planteamiento de la teoría del *Value-Based Health Care* (en adelante VBHC) y que requieren reflexión, maduración y avance.

La efectividad y factibilidad en el desarrollo de experiencias y modelos basados en valor exigen una respuesta consensuada a nivel global.

La **medición de resultados en salud es una oportunidad** para transformar el sistema y así aportar **valor**. Y requiere un re-enfoque de atención hacia la búsqueda del mejor resultado desde la perspectiva de la persona paciente y nuevos sistemas de medición de costes de la atención sanitaria.

2.2. Iniciativas internacionales en atención sanitaria basada en valor

Recientemente se ha publicado la primera revisión sistemática⁽¹⁹⁾ sobre iniciativas en ASBV. Los autores pretenden mapear las medidas de resultado que se están utilizando en dichas iniciativas de ASBV y sintetizan sus hallazgos utilizando un enfoque cualitativo.

Los autores encontraron un total de 7.195 registros, y después del proceso de cribado, terminaron incluyendo 47 estudios. Para reconocer las lagunas y oportunidades de los estudios encontrados, los autores tomaron los casos del *Harvard Business School* (HBS) hasta 2020 como referencia para su comparación.

Los años de publicación oscilaron entre 2010 y 2020, siendo 2019 el año con más publicaciones (38%). La mayoría de los estudios proceden de los Estados Unidos (83%), se centraron en pacientes quirúrgicos hospitalizados (75%), se llevaron a cabo en un solo centro (70%), y tomaron como principal fuente de datos la historia clínica electrónica (85%).

Solo 16 estudios (34%) recogieron resultados reportados por pacientes (PROMs). El 75% de estos estudios recogieron métricas adaptadas a enfermedades concretas (por ejemplo, utilizando encuestas específicas diseñadas por el *International Consortium for Outcomes Measurements-ICHOM*), mientras que el 50% recogieron métricas genéricas como, por ejemplo, EQ-5D de calidad de vida.

Solo el 20% de los estudios recogieron la experiencia del paciente (PREMs), y en solo el 6% utilizaron cuestionarios dirigidos a profesionales (p. ej., *Activity Measure in Post-Acute Care*).

Las medidas de resultados económicos se recogieron el 79% de los estudios; entre ellos, solo un 19% de estos estudios aplicaron el método *Time-Driven Activity-Based Costing* (TDABC) propuesto por *Harvard Business School*, o algún enfoque *bottom-up* para estimar el coste por paciente.

Los autores describen el número de estudios que reportan el efecto de las iniciativas sobre el valor de la atención sanitaria. El efecto se calcula de acuerdo a la ecuación del valor de Porter⁽²⁰⁾, y está basado en un efecto temporal entre dos momentos del tiempo, antes y después, bien del rediseño de alguna ruta asistencial, o del desarrollo de alguna plataforma de inteligencia computacional. El 25% de los estudios informaron de una mejora de los resultados reportados por pacientes, mientras que el 36% encontraron un ahorro en costes.

Cuando se comparan los resultados de la revisión con los estudios del HBS, la recogida de PROMs está menos presente en los estudios de la literatura que en los de HBS. En cuanto a la aplicación de métodos rigurosos en la recogida de resultados económicos, ambos grupos de estudio mostraron una baja prevalencia en la aplicación bien de, algún enfoque *bottom-up* para estimar el coste por paciente, o del TDABC.

En términos generales, la revisión sistemática de las iniciativas de atención sanitaria basada en valor pone en evidencia un desequilibrio significativo de las medidas de resultados en varios aspectos. Por un lado, la calidad de la atención fue evaluada usando mayoritariamente resultados reportados por profesionales clínicos (*Clinician Reported Outcome Measures-CROM*) y resultados de proceso, y no necesariamente con el uso de PROMs. Por otro lado, los resultados económicos no se recogieron con métodos deseables.

Los autores concluyen que **medir los resultados en salud es difícil fundamentalmente por tres razones:**

1. Una ausencia de una estructura de recogida sistemática de información asociada a enfermedades específicas.
2. Cambios de procesos basados más en CROMS que en PROMs.
3. La ausencia de una visión integrada de los PROMs durante el ciclo completo.

Respecto a los costes, en términos generales, no se recogieron con la metodología deseable.

2.3. Implementación de la atención sanitaria basada en valor

Con el objetivo de poder proporcionar una hoja de ruta operativa a aquellos servicios de salud que pretenden transformarse en sistemas que proveen de atención sanitaria basada en valor, recientemente se ha publicado un artículo: *“The Roadmap for Implementing Value-Based Healthcare in European University*

Hospitals-Consensus Report and Recommendations. Value Health. 2022 Jul⁽²¹⁾ que describe los pasos a seguir a modo de guía de implementación de la ASBV y que se ha desarrollado tras el consenso de agentes claves de varios hospitales europeos con recorrido en el campo. Los hospitales son: Hospital de Vall d'Hebrón (Cataluña), Hospital Universitario Karolinska (Suecia), Charité-Berlín (Alemania), Assistance Publique des Hopitaux de Paris (Francia), Hospital Universitario de Viena (Austria) y Hospital Universitario Erasmus (Países Bajos).

A continuación, se describen las 6 fases incluidas en esta hoja de ruta⁽²⁰⁾:

1. ESTRATEGIA INSTITUCIONAL

- La organización establece el plan estratégico para la implantación de la ASBV, incluida la evaluación y el seguimiento de la madurez y la preparación para la transformación hacia la provisión de valor.
- Si la organización aún no está preparada para un cambio sustancial, se recomienda empezar con proyectos piloto.
- Desarrollar un modelo sostenible para ampliar la ASBV a toda la organización y considerar la posibilidad del pago por valor.
- Establecer una estrategia de comunicación y promover la cultura de ASBV.
- Debe crearse un equipo central de apoyo multidisciplinar y formado para poder ayudar a todos los responsables clínicos en la implementación.
- Priorizar las condiciones/rutas asistenciales. Se recomienda empezar por aquellas en la que los responsables clínicos muestren un gran compromiso.

2. PREPARACIÓN DE LA RUTA ASISTENCIAL

- Preparar al equipo para iniciar un nuevo modelo de trabajo y medir la situación de partida de los costes, la cultura del equipo y la experiencia de los pacientes antes de implantar ASBV.
- Garantizar el liderazgo y la multidisciplinariedad.
- Proporcionar formación y herramientas sobre metodologías para mejorar la calidad y los procesos, incluidos, entre otros la toma de decisiones compartida, una cultura de mejora continua, comunicación con él y la paciente, y otras herramientas que ayuden al equipo a liderar los cambios.
- Los y las pacientes deben agruparse para poder asignarlos a rutas asistenciales.

- Evaluar la situación de partida, incluyendo medidas de costes, resultados reportados por pacientes (*Patient Reported Outcome Measures*-PROM), experiencia del paciente (*Patient Related Experience Measures*-PREM), el estado actual de la cultura asistencial e indicadores de proceso de cada ruta clínica.

3. DISEÑO DE MEDIDAS

- Diseñar el conjunto de resultados y los estándares de calidad asistencial para los y las pacientes con la patología seleccionada.
- El equipo central de apoyo ayudará a los y las profesionales clínicos a decidir los resultados de valor que se medirán y monitorizarán.
- Es importante codiseñar la ruta asistencial y construir las medidas con los y las pacientes.

4. SISTEMAS DE INFORMACIÓN

- El personal de sistemas de información debe crear las soluciones para recopilar, analizar y visualizar los resultados y los indicadores de proceso.
- La estandarización y la interoperabilidad de los resultados y los indicadores de proceso son esenciales para permitir la comparación de manera fiable.
- Los resultados deben integrarse en la historia clínica electrónica.
- Los cuadros de mando u otras herramientas podrían ayudar al equipo a visualizar fácilmente los indicadores de procesos y resultados para realizar mejoras continuas y favorecer la comunicación con los pacientes y el seguimiento.
- Los y las pacientes deben tener acceso a los resultados a lo largo del tiempo.

5. IMPLEMENTACIÓN

- Requiere un esfuerzo a varios niveles.
- El equipo debe centrarse en capturar de los indicadores propuestos y la implementación de cambios en la ruta asistencial.
- El trabajo pivota principalmente en el líder clínico y el equipo clínico
- La mejora continua podría garantizarse mediante la sistemática de los ciclos de PDSA.
- Organización de reuniones periódicas para mantener el compromiso y asegurar espacios para la reflexión.

6. EVALUACIÓN Y MEJORA

- Utilizar los indicadores de proceso para evaluar los cambios y hacer un seguimiento de la mejora.
- Anualmente o cada dos años, evaluar los PREM, la cultura dentro de los equipos clínicos y los costes, y comparar con los datos basales.
- Aprovechar el feedback de los y las pacientes para facilitar la mejora continua.
- Establecer reuniones periódicas con todo el equipo (cada 2-3 meses) para evaluar los resultados agregados y planificar acciones de mejora.
- Aplicar una metodología para encontrar la causa real de los problemas y priorizar las acciones.

Estas acciones estructuradas en 6 dimensiones pretenden servir a los prestadores de servicios sanitarios como guía práctica para implementar la atención sanitaria basada en valor, de tal manera, que el número de organizaciones a nivel internacional que estén evolucionando hacia una atención centrada en la persona paciente y orientada a los resultados aumente de manera significativa.

7. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE PATOLOGÍAS A ABORDAR CON ENFOQUE A VALOR

Añadimos un 7º elemento, con la propuesta que se establece desde *Harvard Business School* (HBS) para la selección de patologías:

1. Alto volumen o **prevalencia** en la población.
2. **Alto coste** para el sistema.
3. La atención y **los resultados pueden mejorar cuando son tratados por equipos clínicos multidisciplinares.**
4. Los tratamientos actuales varían mucho, pero ya **existen vías de tratamiento eficaces y basadas en pruebas** (por ejemplo, lumbalgias y artralgias, diabetes, cáncer de mama y próstata, abuso de sustancias, etc).
5. **Los resultados que interesan a los pacientes pueden medirse con los instrumentos y escalas existentes.**
6. **La mejora de los resultados es relativamente rápida** (se mide en meses, no en años o décadas).
7. **Potencial prometedor de reducción significativa de costes** mediante la optimización del ciclo asistencial.

HOJA DE RUTA
para transformarse en un
Sistema de Atención Sanitaria Basada en el Valor



3. Osakidetza: nuestro objetivo

La estrategia de valor por la que apuesta Osakidetza, responde al Propósito de Osakidetza: *“Prestar atención sanitaria a la población vasca, de una manera integral desde la promoción de la salud, así como desde la prevención y la atención a la enfermedad, **buscando los mejores resultados en salud**”.*

También queda explícitamente recogida en la MISIÓN Corporativa: *“Prestar atención sanitaria a la población vasca, trabajando en red entre todas las organizaciones de Osakidetza y otros agentes, desde un sistema sanitario público y sostenible, añadiendo valor a la sociedad de manera corresponsable con la ciudadanía y con las **personas profesionales comprometidas con los resultados en salud** y la generación de conocimiento y la innovación”.*

Y por supuesto, en la VISION: *“Avanzar hacia una Osakidetza saludable, socialmente responsable y sostenible, proactiva, que **se anticipa tanto a las necesidades de la ciudadanía como a las de sus profesionales**. Osakidetza quiere ser referente en la práctica asistencial, en la incorporación y uso de la tecnología más adecuada y avanzada, quedando todo ello **reflejado en excelentes resultados en salud** y en un nivel avanzado de calidad y vanguardia como Organización, que hagan sentir orgullo de pertenencia a sus profesionales”.*

En todos ellos aparecen los principios de: valor, resultados en salud y atención centrada en la persona, así como sostenibilidad (coste).

El nuevo plan estratégico de Osakidetza corporación (PE 2023-2025) recogerá el ENFOQUE A VALOR como una estrategia nuclear con impacto en la mayoría de sus líneas.

El propósito de esta estrategia específica de valor es *“transformar la atención sanitaria pública para orientarla hacia el aporte de valor a la Salud de la ciudadanía, entendiendo como valor los resultados en salud y la experiencia de la persona paciente en relación al coste de alcanzar esos resultados”.*

Para ello se plantea una estrategia a desarrollar en diferentes planos: Sobre el sistema, los profesionales y la cultura ciudadana, y por otro, en lo que impacta en cada individuo y sobre su propia salud.

Hasta ahora, venimos contemplando diferentes líneas estratégicas de forma aislada, orientadas a la eficiencia del sistema, tanto dirigidas a **No hacer** como a **hacer mejor** y que describimos brevemente a continuación:

Buscando la **eficiencia del sistema y la optimización de recursos** se agrupan diferentes líneas de acción puestas en marcha en Osakidetza desde hace ya un tiempo, basadas en recomendaciones y estándares tanto de ámbito nacional como internacional (Guía Nice, Diana Salud, estrategia Do not do, Atlas de VPM...) De ellas surgen estrategias específicas como son **MAPAC** y **PROA**.

Ambas líneas de acción tienen un desarrollo propio, y ya iniciado, si bien debemos contemplarlas bajo el paraguas de la estrategia de VALOR, y de hecho lo haremos en los indicadores clave de seguimiento de esta estrategia que aquí se plantea. Dejarán de ser líneas aisladas para ser incluidas en la propia estrategia de VALOR.

Por otro lado, contamos con otras herramientas o programas que nos permiten aportar resultados en cuanto eficiencia y VALOR. Uno de los más novedosos, en esta perspectiva es la implementación y extensión del **programa BPSO**⁽¹⁰⁾: Programa de implantación de buenas prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en cuidados. Los principales objetivos del BPSO:

- Establecer relaciones dinámicas y a largo plazo que impacten en el cuidado de la persona paciente por medio de prácticas basadas en el conocimiento.
- Desarrollar estrategias creativas para implantar las guías de buenas prácticas de forma exitosa.
- Establecer y utilizar enfoques efectivos para evaluar la implantación de las actividades y sus resultados.
- Identificar estrategias efectivas para la difusión de la implantación de las GBP (Guía de buenas prácticas) en sistemas amplios.

La expectativa del Programa de Centros Comprometidos con la Excelencia es prestar cuidados de calidad. Para ello establece una metodología de implantación de guías de buenas prácticas en cuidados basadas en la evidencia y la evaluación de resultados. Dichos resultados tienen impacto en:

- **Pacientes:** mejora en los resultados en salud, mejora en la satisfacción, mejora en la seguridad, mejora en la información y educación para la salud.
- **En los y las profesionales:** mejor información y formación, mejores cuidados, menor variabilidad clínica, mayor calidad, efectividad y seguridad, mejor organización del trabajo, mayor satisfacción profesional, fomentar el trabajo en equipo.
- **En la Organización:** cultura de práctica basada en la evidencia, prestigio y reconocimiento, formar parte de la Red Nacional de BPSO, fidelizar y “contagiar”: a todas las unidades, a otros centros hospitalarios y de Atención Primaria, ampliar con otras guías, ser referentes, no más trabajo, pero sí mejor organizado.

Otras estrategias orientadas a la optimización recursos, y la atención eficiente son el desarrollo de **consultas de alto rendimiento** (circuitos MINBIZI entre otros) o el **plan de optimización de listas de espera**, que se desarrollan y evalúan de manera específica. Pero que de la misma manera que las líneas de acción hasta ahora descritas (MAPAC, PROA, BPSO...), formarán parte de la evaluación de la estrategia de VALOR a través de los indicadores que den respuesta a sus objetivos clave.

Estos programas de intervención en valor requieren su propia planificación y seguimiento y por operatividad se considerarán sus resultados en el impacto global

de la estrategia de valor, pero su planificación, despliegue y seguimiento operativo seguirán una vía propia.

En este sentido, conviene, por tanto, identificar, priorizar y estandarizar la evaluación de todos ellos, incorporando sus indicadores clave (KPI) al cuadro de mando de la estrategia de VALOR.

3.1. Algunas premisas

Tras el análisis de la literatura publicada recientemente en el ámbito de la ASBV, referenciado en el apartado 2 de este mismo documento, se pueden extraer algunas ideas fuerza que pueden facilitar el diseño y despliegue de la estrategia de valor de Osakidetza:

- Las medidas estándar y probadas mejoran la validez de la evaluación de resultados y permiten comparaciones robustas entre proveedores. En este sentido, ICHOM proporciona la parametrización de medidas de resultados que cubren un espectro mucho más amplio de la jerarquía de resultados de una enfermedad.
- Se requiere de un sistema de información de costes por paciente y por enfermedad. Este nuevo modelo de costes debe ser transversal a Servicios y Unidades y estar enfocado a paciente, permitiendo agrupar los costes del ciclo completo de atención de la enfermedad.
- Disponibilidad de herramientas digitales integradas en la historia clínica electrónica que permitan la recogida, análisis y visualización a tiempo real de la información obtenida. Ello requiere de una apuesta estratégica ya que es necesaria una inversión económica considerable para el desarrollo de las herramientas correspondientes.
- Educación de profesionales y gestores y gestoras en la cultura del valor que puede animar y convencer a los y las profesionales de la importancia del registro de resultados sobre paciente. Para ello es necesario lanzar una campaña de comunicación corporativa y efectiva y diseñar una formación reglada a disposición de los y las profesionales.

3.2. Evaluación de los Resultados en Salud

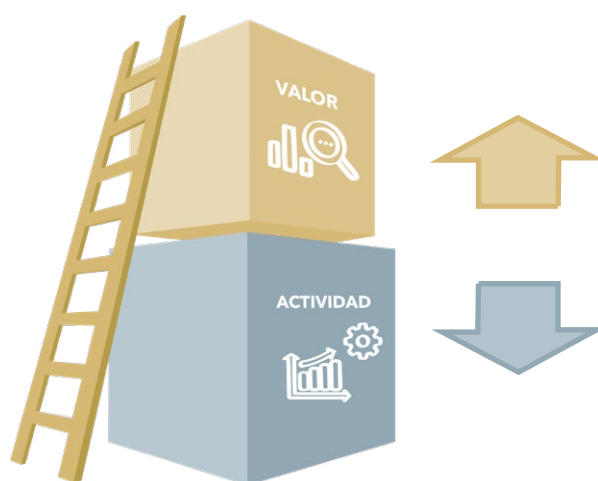
La medición de los Resultados en Salud ha ido adquiriendo protagonismo en la práctica totalidad de los servicios de salud. No siendo un concepto nuevo, el enfoque y el lenguaje es objeto de análisis y clarificación. Su desarrollo tiene su base en dos hitos a los que ya hemos hecho referencia: el **Movimiento Right Care**⁽⁷⁾ (Sabine Kleinert y Richard Horton) según la cual atención sanitaria basada en el valor... *“es la atención que aporta más beneficios que efectos no deseados, que tiene en cuenta las circunstancias de cada paciente, sus valores y su modo de ver las cosas, y que además se sustenta en la mejor evidencia disponible y en los estudios de coste efectividad”*.

Propugna 3 principios:

- El objetivo de la práctica clínica es aportar valor a la salud de las personas.
- Organización basada en las necesidades de los procesos clínicos.
- Medición de resultados ajustados por riesgo y coste.

La estrategia de valor desde el punto de vista de búsqueda de resultados en salud conlleva el rediseño de los procesos asistenciales, orientando estos hacia la obtención de valor, incorporando la medición de otro tipo de resultados además de los resultados clínicos (CROM), como son la medición y evaluación de los PROM y PREM.

Supone un **cambio de paradigma en la evaluación del propio rendimiento del trabajo de los y las profesionales/los servicios/ la organización y el propio sistema** en su conjunto: deberá ganar peso el resultado en VALOR, cediendo terreno el peso de la actividad.



3.3. Cambio conceptual y de sistema métrico

La adopción de un enfoque de valor en los sistemas y organizaciones sanitarias “requiere cambios en todos los niveles de gestión”:

- Desde lo **macro** (gestión de las políticas sanitarias).
- Pasando por lo **meso** (perspectiva de las organizaciones sanitarias).
- Hasta lo **micro** (la perspectiva de los microsistemas clínicos.)

La creación de valor para la persona paciente conlleva una interacción compartiendo objetivos entre pacientes y sus familias, y los y las profesionales además de medir resultados que importan a los y las pacientes y a lo largo de todo el proceso asistencial.

Es necesario trabajar en equipo entre todos los agentes que intervienen en el proceso asistencial. Esto, a veces, puede hacer necesarios cambios organizativos y de estructuras buscando el beneficio para un conjunto de pacientes con la consiguiente adaptación o **modificación de algunos protocolos clínicos**.

Otro de los primeros pasos a dar, implica **diseñar un sistema de medición** de los *outcomes* o resultados en salud.

Según la definición de la Organización Mundial de la Salud, los resultados en salud (*outcomes*) **son los cambios en el estado de salud de un individuo, de un grupo de individuos o de una población, atribuibles a una intervención o serie de intervenciones**.

Los *outcomes* deben medirse **para una condición médica concreta y durante todo el proceso** de atención:

- **Patient Reported Outcome Measures (PROMs)**. Los PROMs son **medidas de salud percibidas por los y las pacientes** y la población que incluyen (no exclusivamente) síntomas, funcionalidad, percepción de salud, calidad de vida relacionada con la salud y satisfacción con el tratamiento. Se trata de **medidas de resultados de los que informa el y la paciente** relativas a problemas que repercuten en su calidad de vida y de los cuales informa él directamente. Por ejemplo: en el cáncer de próstata localizado algunos resultados tienen que ver con la pérdida de relaciones sociales, la disfunción eréctil o la incontinencia urinaria.
- **Patient Reported Experience Measures (PREMS): Miden la percepción del y de la paciente sobre el proceso asistencial** recibido, sobre elementos como los tiempos de espera, la calidad de la información recibida, el confort y descanso, la comprensión sobre el tratamiento, etc.
- **Resultados clínicos** (resultados analíticos, pruebas, etc.). Estos resultados también son importantes desde la perspectiva de paciente, pero los registra el y la profesional y están relacionados con *la supervivencia, las complicaciones o los reingresos... para ello también es necesario el cambio cultural de los y las profesionales de cara a la recogida de información y adaptar las herramientas para facilitar la misma*.

3.4. Incorporación nuevas herramientas de gestión de la información

La necesidad de incorporar este tipo de indicadores conlleva adaptar las herramientas de gestión de la información ya disponibles o implementar nuevas:

a) Orientadas a la recogida y entrada de variables: multicanalidad para paciente y profesionales, tecnologías, aplicaciones...

Con impacto en:

- Desarrollos en la HCE.
- Herramientas digitales como carpeta de salud y encuestas web.
- Tecnologías de proximidad: Tablet, kioskos, App.

b) Orientadas a la analítica de datos, y la extracción de información generada por paciente y/ profesionales durante la interacción clínica y a lo largo de todo el proceso asistencial:

- Variables de registro estructuradas y a futuro análisis del lenguaje natural.
- Visualización y combinación de resultados de diferentes áreas.
- Traslado de la información a profesionales, gestores y por supuesto a la ciudadanía (como ejercicio de transparencia).
- Utilización de la información para la toma de decisiones compartidas.

c) Transformación del proceso asistencial hacia la cadena de valor: para ello es necesario generar la cultura del valor entre los y las profesionales asistenciales y responsables de los diseños de los circuitos asistenciales, siguiendo las recomendaciones ya estandarizadas sobre como dibujar una cadena de valor.⁽⁸⁾

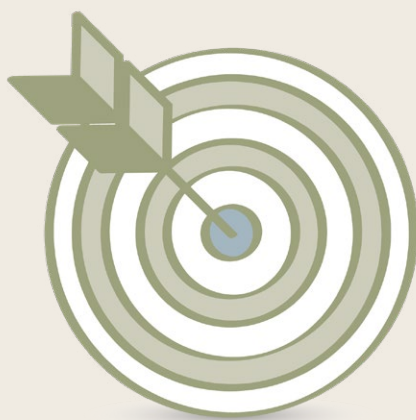
Para llevar a cabo este diseño es necesario:

- Seleccionar el proceso asistencial adecuado: por impacto, por coste, con evidencia científica suficiente...
- Formar equipos multidisciplinares.
- Incorporando al paciente desde inicio del diseño del proceso.
- Analizar el punto de partida.
- Fijar objetivos comunes y compartidos por todos los agentes incluidos los pacientes.
- Evaluación periódica y conjunta durante todas las fases del proceso.

Hasta aquí recogidas algunas de las premisas a tener en cuenta para implementar de esta estrategia de valor.

4. Objetivo de la Estrategia de Valor

Tal y como ya hemos hecho referencia tanto en el estado del arte como al centrar la estrategia en Osakidetza... y tal y como se recoge literalmente en el informe elaborado por el Grupo de trabajo Atención Sanitaria Basada en Valor de la Sociedad Catalana de Gestión Sanitaria⁽⁹⁾: *"En los últimos años, el movimiento de la atención sanitaria basada en valor ha ido ganando protagonismo en la agenda académica, organizativa y política de la gestión sanitaria. Evolucionar hacia un sistema de salud basado en el valor requiere, en primer lugar, aclarar qué se entiende por valor y disponer de la capacidad de evaluarlo y, en segundo lugar, tener la audacia de desplegar estrategias apropiadas, entre las que destacan las reformas de los marcos evaluativos y de los sistemas de pago de los servicios sanitarios..."*



La estrategia de valor que estamos planteando para Osakidetza tiene como **OBJETIVO**

Establecer un marco que recoja diferentes estrategias específicas, cuyo objetivo final sea aportar VALOR al sistema, a la ciudadanía y profesionales, teniendo además como referencia los costes.



Un elemento clave de la estrategia de valor es la evaluación de resultados con enfoque a VALOR, para ello se plantean objetivos específicos relacionados con la definición y medición de indicadores relacionados con el VALOR:

- Desarrollar un Modelo, Directrices y un Cuadro de Mando Corporativo que recoja el impacto (performance = desempeño) en términos de resultados en salud en el y la paciente, de la atención prestada por Osakidetza sobre toda la población vasca.
- Incorporación de los Indicadores de Resultado en Salud a los Sistemas de Información (en adelante SSII) más habituales de Osakidetza, promover su inclusión de manera rutinaria (que ocupen la agenda y desplacen paulatinamente a los clásicos indicadores de actividad, y producción).
- Definir un mínimo común denominador (en adelante MCD) de análisis de resultados en salud aplicable a grupos estratificados de población (por edad, por estratificación de riesgo, por grupos de patología, ...) orientado a recoger PROM básicas y PREM estándar.
- Desplegar el sistema de información de Costes por enfermedad. Identificar sets de costes por enfermedad (mínima información de costes para que sean comparables entre Organizaciones).
- Desarrollar la metodología de evaluación del Valor.
- Explorar propuestas para introducir la financiación basada en el Valor.

4.1. Interfaces en la búsqueda de resultados en Salud

Existen otros procesos relacionados con los resultados en salud y la experiencia de paciente:

- **Plan de humanización:** Cuyo objetivo fundamental es dotar a Osakidetza de una perspectiva de valor teniendo en cuenta las preferencias y la opinión de la persona paciente. Y así fortalecer la relación entre profesionales y pacientes.
- **Controles de gestión:** A los que se les quiere dar un nuevo enfoque tomando en cuenta resultados en indicadores definidos para evaluar VALOR y costes.
- **Proceso voz de la persona paciente:** cambios en las encuestas de satisfacción corporativas de proceso global: recogida de PREM estándar, y encuestas específicas de procesos asistenciales o ámbitos específicos.
- **Proyecto de análisis avanzados de datos.**
- **Rutas asistenciales:** entre cuyos indicadores de evaluación y seguimiento se incluyen aspectos relacionados con PROM y PREM
- **Estrategia de transformación digital:** orientada a mejorar la interacción de la ciudadanía/paciente con el sistema y a facilitar a los y las profesionales, las organizaciones y las propias personas pacientes a obtener la información necesaria y orientada a mostrar los resultados en salud.

4.2. Requisitos del Sistema de Información Asistencial

Existe un cierto consenso tácito con que los actuales SSII de Osakidetza (fuentes, informes...) muy probablemente ya contemplan la mayoría de indicadores a los que nos referimos al revisar la bibliografía sobre la Medición de Resultados en Salud. Las necesidades y demandas pendientes de resolver tienen que ver con el enfoque del sistema hacia resultados en salud, apoyo metodológico (formularios, cuestionarios, encuestas...), su ordenación e integración corporativos (modelo), la redefinición de indicadores (desde los resultados) o la integración de diferentes sistemas (económico-asistencial) y la reformulación de indicadores.

Por el contrario, se contempla como una amenaza para su desarrollo, la necesidad de poner en marcha sistemas de registro muy específicos y en especial aquellos que no se justifiquen desde el punto de vista de la actividad asistencial (sino con objeto de investigación...), que no se necesiten estrictamente para la propia gestión o se intenten justificar como requisito de calidad del servicio sin ninguna evidencia.

Por lo tanto, la recogida de información necesaria para dar respuesta a los objetivos específicos antes definidos deberá tener las siguientes características:

- Enfocada a las **prioridades del Plan de Salud y de Osakidetza**.
- Incorporar la visión **integradora** del proceso asistencial como de los diferentes Sistemas de Información existentes en Osakidetza (visión finalista de resultado de salud).
- Soportado en sistemas de registro (todo Osabide, Gestor de citas...) y de análisis y explotación de información (OAS, SNASP, encuestas...) **ya existentes**. Evitando añadir tareas que no estén justificadas por necesidades de la propia de la actividad asistencial y la calidad del servicio (asistencial o de apoyo). Se debe tener en cuenta igualmente los sistemas de información y herramientas de soporte o agrupadores (Contrato Programa, Cuadros de Mando Corporativos, Controles de Gestión, Oferta Preferente, Lista de Espera, Encuestas, Plan de Seguridad...).
- Los indicadores deben **orientarse** a la obtención de **métricas de resultado** (rendimiento, efectividad y eficiencia) y teniendo en cuenta lo que valora y expresa la persona paciente (experiencia sobre el proceso de atención, resultados expresados por los y las propias pacientes como calidad de vida, efectos 2º, etc.).
- Considerar y razonar la fiabilidad y comparabilidad del dato (niveles de explotación, segmentación, ajustes).
- Razonar y justificar cada indicador (para qué y evitar indicadores ‘oportunistas’ o que respondan al “ya qué”).

La MBV o atención basada en el valor es un marco para **mejorar el rendimiento de la atención sanitaria desde la perspectiva de paciente**.

Los **resultados** son los que **preocupan a la persona paciente, a lo largo del tiempo**, y que provocan un **cambio “a mejor” en su estado de salud**.

4.3. Situación de partida en Osakidetza: primeras reflexiones

Osakidetza dispone de **Sistemas de Información** “clásicos” vinculados a diferentes ámbitos de atención (Atención Hospitalaria, Atención Primaria, Urgencias, CCEE...) y Sistemas de Información de proyectos más relacionados con la asistencia (Cribados, Paliativos, Seguridad clínica...). Hay procesos asistenciales específicos (catarata, cadera, Cáncer de Pulmón, Cáncer de Mama...) sobre los que este enfoque ha cobrado un especial interés hasta el punto de haber sido objeto de investigación: proyectos ICHOM, Cronicidad, etc.

Además, hay **proyectos corporativos** que ya disponen o en los que se propone desarrollar un Sistema de Información específico (cuadro de mando o panel de control) y que demandan apoyo para la inclusión de indicadores de resultado: Rutas asistenciales, Oferta Preferente, Contrato Programa.

Desde la Dirección General, en concreto en la Subdirección de Calidad y Sistemas de Información, ya se viene realizando una **revisión de los sistemas de evaluación de la satisfacción del paciente** llegando a la conclusión de que se debe hacer un esfuerzo por readaptar e incorporar los resultados de paciente desde su perspectiva (PROM - PREM) y reflexionar sobre la importancia de determinados requisitos de calidad del servicio hasta ahora poco visibles en los cuadros de mando (seguridad, eficiencia...).

La persona paciente y sus necesidades: Parece claro que las necesidades de atención de los y las pacientes van a depender de lo que se ha venido en llamar ‘condiciones de paciente’ (‘patient conditions’). Para tratar de ordenar estas necesidades de cuidados se siguen al menos 2 orientaciones: Una global, más sistémica y general que contempla a la Organización en su conjunto que como mucho llega a ordenarlos en (población Sana, pacientes con problemas Agudos, pacientes Crónicos y pacientes en el Final de la vida). Hay otra visión más específica y operativa que aborda (atomiza) hasta grupos homogéneos de pacientes en ocasiones bajo un único procedimiento (Prótesis de cadera) o entidad nosológica (Ictus, Ca de mama). No siendo excluyentes estas dos visiones, es necesario plantear dos enfoques algo diferentes.

La primera orienta a buscar ese Mínimo Común Denominador de búsqueda de resultados PREM/PROM/ y resultados clínicos aplicables de manera general a grupos grandes de población, **y en la segunda** se trata de valorar **procesos asistenciales específicos de alto impacto** que merezca la pena remodelar para obtener mejores resultados en salud.

Requiere una mención especial la necesidad de “expertización” en determinados procesos singulares: es necesario evaluar los resultados en patologías donde haya una “N” pequeña. Este es uno de los ámbitos donde tiene mucho sentido VBHC. Debería ayudar a evaluar y servir para la reorganización de servicios y expertización de los mismos.

4.4. Situación de partida del Sistema de Información de Costes

Osakidetza dispone de sistemas corporativos de tratamiento integrado de la información económica. Entre ellos, el sistema de información de Costes por Servicio y Unidad de Atención Primaria.

Para dar el siguiente paso y poder acceder a la gestión basada en el Valor, Osakidetza ha desarrollado el proyecto corporativo de Costes por paciente y enfermedad, y ha realizado su implantación en las Organizaciones de Servicio incluidas en la Fase 1 del proyecto (5 OSIs).

El proyecto ha requerido del desarrollo metodológico del modelo y la disponibilidad de la arquitectura tecnológica necesaria para el cálculo y la visualización de resultados, y está basado en los sistemas de registro corporativos, económicos y asistenciales (que incluyen la valoración de la persona paciente).

5. Plan de Implementación de la Estrategia de Valor

5. Plan de Implementación de la Estrategia de Valor

5.1. Diseño de un modelo corporativo de VALOR

5.1.1. Análisis del contexto

Es importante tener en cuenta el análisis situacional actual en Osakidetza. Tal y como hemos mencionado al principio de este mismo documento, tenemos una referencia estratégica clara en el Marco Estratégico del Departamento de salud⁽¹⁾ y un Nuevo Plan de Salud, en el que se recoge la necesidad de orientar al Sistema Sanitario Público Vasco a hacia la búsqueda de VALOR. Por otro lado, en Osakidetza se viene trabajando ya desde hace algunos años en los Resultados en Salud:

- Osakidetza desde 2017 está apoyando la búsqueda de Resultados en salud. En este sentido, Osakidetza de manera corporativa ha puesto a disposición de las organizaciones pioneras algunas herramientas (GIP, Carpeta Salud, Formularios, PROM...). Se plantea ya el momento de dar una respuesta más robusta e integradora, y de socialización de su uso.
- Existen algunas organizaciones de Osakidetza muy avanzadas en el diseño de estrategias propias orientadas a la búsqueda de Resultados en Salud.
- Participación de las OSI en proyectos internacionales (VOICE, OCDE, ICHOM y otros).
- Demanda creciente desde las organizaciones pioneras solicitando soluciones de apoyo específicas a sus estrategias.
- Sistemas de información e interfaces digitales con la ciudadanía en constante evolución: cambios en carpeta de salud, evolución de todos los OSABIDES, (con unificación de variables), proyectos relacionados con el gobierno del dato, evolución de OAS...
- Parece clara además la necesidad de abordar nuevos sistemas de visualización y gestión de la información más accesibles y amigables para el gestor clínico.
- Algunos proyectos corporativos ya iniciados sobre resultados en salud (farmacia...).
- Ventana de oportunidad postpandémica.

A nivel nacional e internacional, desde hace años se han venido lanzando recomendaciones de transformación y reorientación del sistema hacia una estrategia de eficiencia y adecuación ^(10, 11, 12, 13, 7): (OCDE, Ministerio de sanidad y Recomendaciones de calidad de sociedades científicas, y proyecto guía salud, Diana Salud, Choosing Wisely, Right Care...).

Será necesario recopilar la información sobre en qué punto de trabajo están las organizaciones de Osakidetza.

5.1.2. Definición de la estrategia de VALOR para Osakidetza corporación

La estrategia de valor de Osakidetza tiene como objetivo **establecer un marco que recoja diferentes estrategias específicas, cuyo objetivo final sea aportar VALOR a las personas pacientes, al sistema y a profesionales, evaluando los Resultados en Salud y teniendo en cuenta además los costes.**

Algunas premisas para la estrategia corporativa:

- I. Humanización:** orientada a la MEJORA de los Resultados en salud según parámetros clínicos, PROM y PREM.
- II. Equidad:** todas las personas con una misma condición, proceso asistencial o estrato definido deberían tener la misma opción a que su proceso asistencial esté orientado a aportarles el máximo VALOR posible, y a evaluar sus PROM y sus PREM.
- III. Universalidad:** definir un mínimo común denominador de análisis de resultados en salud aplicable a grupos estratificados de población orientados recoger PROM básicas y PREM estándar.
- IV. Sostenibilidad:** se trata de establecer una estrategia sostenible en el tiempo, con un impacto relativo en la fase de diseño que se traduzca en una transformación de la cadena asistencial y una posterior “normalización”.
- V. Reproducible:** es decir crear un arquetipo para todos los procesos asistenciales y de marco de evaluación que permita valorar tendencias a lo largo del tiempo, y comparación entre las diferentes organizaciones de servicio y procesos asistenciales.
- VI. Transparente:** comunicación de los resultados y los avances en el despliegue a nuestros principales grupos de interés incluyendo a la ciudadanía.

5.1.3. Y las Organizaciones de Osakidetza: ¿En qué punto están?

Conscientes de la asincronía y las diferentes velocidades de las OOSS de Osakidetza, es importante conocer pormenorizadamente lo que están haciendo las distintas organizaciones: cuáles son sus objetivos y sobre todo **cuáles son los resultados que están obteniendo**. Es muy importante además poder incorporar su perspectiva a la definición de la estrategia corporativa de Valor.

La mayoría de ellas en mayor o menor medida han incorporado en su Plan Estratégico o de gestión algún objetivo relacionado con los Resultados en Salud o el Valor. En algunos casos entrando de lleno en procesos como ICHOM, lo que supone un replanteamiento integral de determinados procesos asistenciales (cáncer de mama, pulmón, próstata u otros problemas de salud relevantes, Enfermedad inflamatoria intestinal, fisura palatina, cataratas...)

Otras organizaciones con una metodología algo más sencilla han empezado a recoger, en contexto de proyectos concretos y algunos de ellos de investigación, variables relacionadas con los resultados en salud específicos. Otras en cambio han optado por desarrollar métodos de evaluar los resultados clínicos, algunos PROM y PREM combinando parámetros sociodemográficos, de estratificación o comorbilidad, de procesos asistenciales específicos e introduciendo parcialmente los costes.

Por todo ello es imprescindible contar con su experiencia y su punto de vista para enfocar la estrategia global de enfoque a VALOR de todo Osakidetza.

5.1.4. Plan de acción para esta fase de diseño

1. CREACIÓN DE UN EQUIPO DESARROLLO CORPORATIVO EN LA DG

- **Objetivo**

Prestar orientación teórica y apoyo práctico para **establecer un modelo corporativo de enfoque a VALOR**, y para el diseño, propuesta y obtención de indicadores orientados a la medición de resultados en salud. Visión: constituirse en una referencia técnica para Osakidetza corporación sobre Resultados en Salud y costes (a quien consultar sobre resultados en salud, directrices, indicadores, etc.).

- **Funciones**

- Análisis del contexto nacional/internacional y revisión de la evidencia.
- *Inventario de iniciativas en las OSI* relacionadas con la obtención de valor y Resultados en salud. Esta acción de averiguación se podría hacer a través una breve encuesta informativa sobre la estrategia de valor o relacionado con los Resultados en Salud en cada organización.

- *Analizar y canalizar posibles respuestas* aplicables para las todas las organizaciones: para ello es necesario inventariar las necesidades/ soluciones que se han ido dando hasta ahora tanto en el ámbito instrumental (herramientas tecnológicas, funcionalidad de la Osabide: encuestas, formularios, y por otro lado extracción de datos...)

• **Composición del equipo corporativo**

Debe ser un equipo multidisciplinar formado por personas de la DAS y Dirección Económica, con la Subdirección de Informática siendo la Subdirección de calidad el elemento coordinador al que incorporaríamos a personas clave de algunas de las OSI tractoras y Kronikgune. Este último es el equipo nuclear de valor.

Se presentan en el siguiente esquema las funciones de cada uno de los participantes:

SD INFORMÁTICA	<ul style="list-style-type: none"> • Soporte y desarrollo tecnológico • Transformación digital
SD ECONÓMICA	<ul style="list-style-type: none"> • Estudio de costes
SD ENFERMERÍA	<ul style="list-style-type: none"> • Referente BPSO • Referente Osanaia
SD COORD. HOSPITAL	<ul style="list-style-type: none"> • Referente de rutas • Referente estratificación
SD COORD. AP	<ul style="list-style-type: none"> • Referente de rutas asistenciales
SD CALIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Referentes OG • Referente Osarean • Referente Sistemas de Información • Referente de calidad
OSI	<ul style="list-style-type: none"> • Referentes OSI Tractoras
KRONIKGUNE	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo metodológico

2. ANÁLISIS DE INFORMACIÓN RECOPIADA

Es importante conocer los diferentes ámbitos, procesos, tipos de pacientes... sobre los que se está trabajando con esta orientación de evaluación de los Resultados en Salud para poder dimensionar y priorizar aquello que sea extensible a nivel corporativo. Ampliando la búsqueda a los diferentes institutos de investigación.



3. SELECCIÓN DE PROCESOS ASISTENCIALES PARA EL CAMBIO DE ENFOQUE A VALOR

De entre los procesos asistenciales inventariados habrá que seleccionar aquellos que sea factible extender. Esta selección se debería hacer en base a parámetros de impacto: alcance, factibilidad, impacto en costes, trayectoria y consistencia de resultados.

4. PLANTEAMIENTO DE MEDICIÓN GENÉRICA

Uno de las cuestiones más novedosas que se plantea en esta estrategia es definir un mínimo común denominador de análisis de resultados en salud aplicable a grupos estratificados de población orientados recoger PROM básicas y PREM estándar¹.

5. PROPONER UN PRIMER CUADRO DE MANDO CORPORATIVO CON ENFOQUE A VALOR

Orientado tanto a los procesos específicos como al genérico y que recoja además alcance, organizaciones implicadas, que permita valorar tendencias y comparaciones.

En un segundo momento se incorporarían a este cuadro global de VALOR los KPI (Key Performance Indicator) como indicadores clave de rendimiento de otras estrategias específicas mencionadas en la introducción.

A futuro, será necesario avanzar hacia un nuevo modelo presupuestario en base a resultados en salud y desarrollar un sistema de benchmarking inteno entre organizaciones de servicio y problemas de salud abordados con este enfoque a valor.

¹ Ver la interface con las encuestas corporativas recientemente rediseñadas en las que se incorpora la medición de PREM.

5.2. Fase de despliegue

El objetivo final del despliegue es incorporar a todas las organizaciones a la cultura de enfoque a VALOR cuanto antes, para poder evaluar los avances de la estrategia global y crear un sustrato necesario para desplegar procesos asistenciales ya redefinidos en este enfoque por organizaciones más avanzadas, y aprovechar la inercia de estas organizaciones pioneras hacia nuevos campos.

5.2.1. Generación de cultura de valor

Se plantean varios temas importantes:

1. Formación a líderes asistenciales y equipos multidisciplinares.
2. Formación a personas metodólogas e informáticas sobre instrumentos y herramientas.
3. Formación en toma de Decisiones compartidas.
4. Encuesta cultura de Valor.

Para ello es necesario crear una estructura formativa que permita: Difusión de material sesiones para compartir prácticas internas y externas. Es decir, *bench* interno y externo.

5.2.2. Plan de comunicación y sensibilización

El primer elemento a considerar en el despliegue es la COMUNICACIÓN global de todo el proyecto.

Es importante comunicar la estrategia en su concepción global con sus fases. Esto forma parte de la primera sensibilización corporativa. Comenzando por las Dirección General y a continuación escalonadamente, las direcciones de las OOSS y haciendo participe al Departamento de Salud. Esta fase de sensibilización debe complementarse con el ofrecimiento de apoyo pedagógico y formativo sobre todo a aquellas organizaciones en situación mas básica o en las que se detecte mayor necesidad formativa.

Por otro lado, habrá que pensar en diferentes velocidades e intensidades de despliegue en función de la situación de cada OOSS. Esta información la habremos captado con las respuestas a la encuesta diagnóstica:

- a. **OOSS en Situación básica:** Requerirán sensibilización conceptual y avanzar hacia la implementación del mínimo común denominador (que requerirá a su vez un despliegue organizado y paulatino).

- b. OOSS en situación intermedia:** Desplegar alguno o varios de los procesos priorizados en la fase de diseño por el equipo corporativo, según predisposición o situación de la OOSS.
- c. OOSS en situación avanzada:** Organización con experiencia que pueden liderar el modelado (junto al equipo corporativo) de otros procesos asistenciales priorizados, pero menos organizados.

5.2.3. Trabajo de modelización



Una vez lanzado el despliegue habrá que determinar cuánto tiempo será el adecuado a esperar para hacer una evaluación que aporte información y datos suficientes para constatar el éxito de la estrategia o las necesidades de mejora.

En el despliegue es importante hacer una planificación adecuada en dos sentidos:

- 1. Sensibilización:** tanto a los y las profesionales como a la propia ciudadanía y la sociedad en su conjunto. Aquí es clave el plan de comunicación tanto inicial como de avance.
- 2. Formación para la acción:** formar a los y las profesionales en el diseño y en el uso de los nuevos procesos asistenciales orientados hacia cadenas de valor.

Será necesario contar con un plan de despliegue con el cumplimiento de hitos y plazos y con el alcance progresivo.

5.3. Evaluación de la estrategia de implementación

La estrategia propuesta es compleja tanto por el cambio conceptual que supone para el Sistema, como por sus múltiples interacciones, además del crisol de situaciones diferentes en las organizaciones de Osakidetza. Por eso es necesario simplificar el enfoque una vez desagregadas todas las posibilidades, y priorizar los objetivos. Deberemos monitorizar todo el proceso de implementación (Anexo I).

Los primeros resultados esperados serían los siguientes:

1. Determinación de un conjunto definido de procesos asistenciales con enfoque a valor, con un despliegue aceptable: (mínimo 1/3 de las OOSS).
2. Tener definido un set estándar (MCD) de indicadores PROM/PREM que aplicar a grupos estratificados de población, pero con un impacto suficiente para poder extraer conclusiones poblacionales (valor aplicado con tasa de estandarización).
3. Cuadro de mando definido enfocado a valor tanto genérico como para cada proceso asistencial incorporando PROM/PREM además de los resultados clínicos que permita comparar resultados, valorar tendencias y alcances.
4. Incorporación efectiva de la persona paciente en el rediseño de los nuevos procesos asistenciales.
5. Consolidación del despliegue del Sistema de información de costes por enfermedad en las 5 OSIs de la Fase 1 (Proyecto Corporativo) y diseño de la Fase 2.

5.4. Elementos transversales dentro de la implementación de la estrategia

Como ya hemos dicho, es necesario definir bien el plan de comunicación:

- En la propia Dirección General.
- A las OOSS.
- A otros grupos de interés: Departamento de Salud, Bioef, Kronikgune.

El proceso de formación deberá acompañar cada una de las fases. En la fase de diseño: actualización del conocimiento para el equipo corporativo.

- Sensibilización general simultánea para los y las profesionales.
- Como rediseñar un proceso asistencial hacia una “cadena de valor”.
- Actualización y concreción de los estándares de resultados clínicos, PREM y PROM genéricos y específicos según la evidencia disponible.

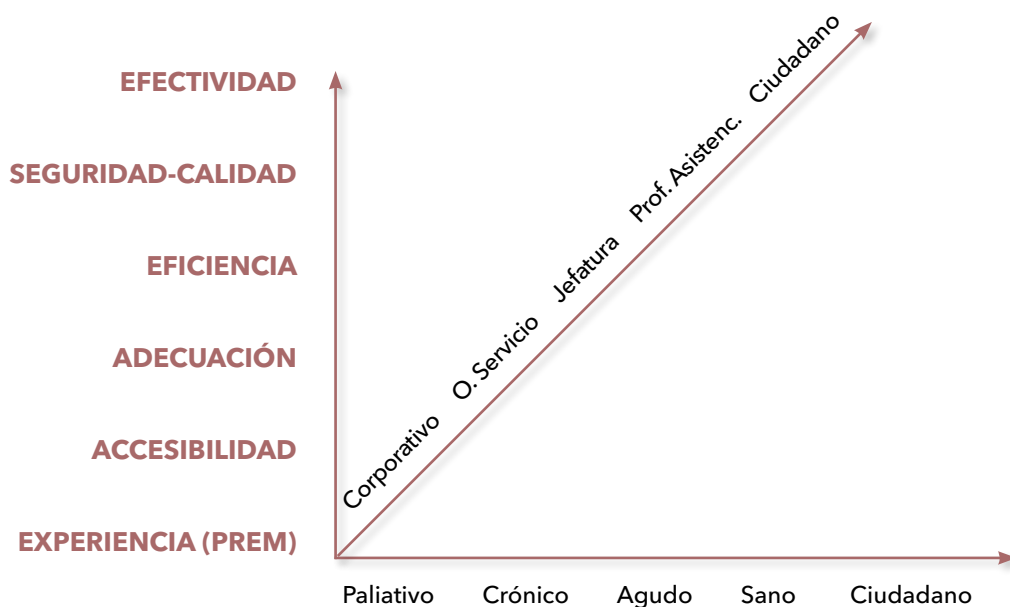
El seguimiento del despliegue de la estrategia se puede hacer según un planning de despliegue. Para ello es importante determinar los referentes responsables de cada una de las etapas/ fases de la estrategia dentro del equipo corporativo.

6. Cuadro de mando de la Estrategia de Valor

La estrategia de Valor es un marco que recoge diferentes estrategias específicas con un enfoque compartido.

Por ello es necesario identificar aquellos indicadores o elementos clave de cada una de ellas, que podamos recoger para evaluar el impacto en Osakidetza este nuevo enfoque a VALOR. Se trata de recoger los indicadores clave de las estrategias específicas que responden a las dimensiones del VALOR.

Por un lado, todas las dimensiones de los RESULTADOS, aplicados sobre segmentos de pacientes genéricos, y el impacto sobre los diferentes grupos de interés a los que los Resultados importan.



Las dimensiones de los RESULTADOS ayudarán a estructurar el CUADRO DE MANDO DE VALOR para Osakidetza

Para el desarrollo del Cuadro de mando de Osakidetza orientado a la Medición de Resultados en salud, uno de los aspectos a dilucidar es la definición del modelo de referencia. Podemos asumir los elementos básicos que lo constituyen.

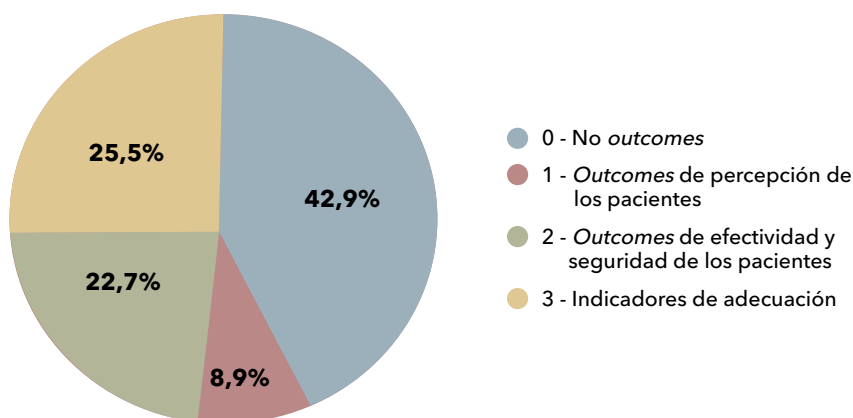
Sobre quién medimos. Objeto de medición: Aunque se trata de un debate y enfoque clásico, en la última década, han surgido debates sobre el papel del Sistema Sanitario sobre la población y el proceso de enfermar, ordenación de la enfermedad que ha originado nuevos enfoques en la atención a la Salud de la Población y que ha tenido como resultado la acuñación de viejos-nuevos términos hasta convertirse

actualmente en monedas de uso corriente: Cronicidad, Salud en sustitución a Sanidad, Salud con enfoque poblacional, Prevención, etc. Lo que de especial tiene este enfoque es que las necesidades de cada grupo son bien diferenciadas y lo esperable en términos de resultados también lo serán previsiblemente.

Para quién medimos – a quién va dirigida la información: Se deben contemplar grupos de interés y niveles de gestión a los que interesa la información de manera que se atiendan las necesidades específicas de cada uno de ellos.

6.1. Algunas referencias sobre marcos evaluativos

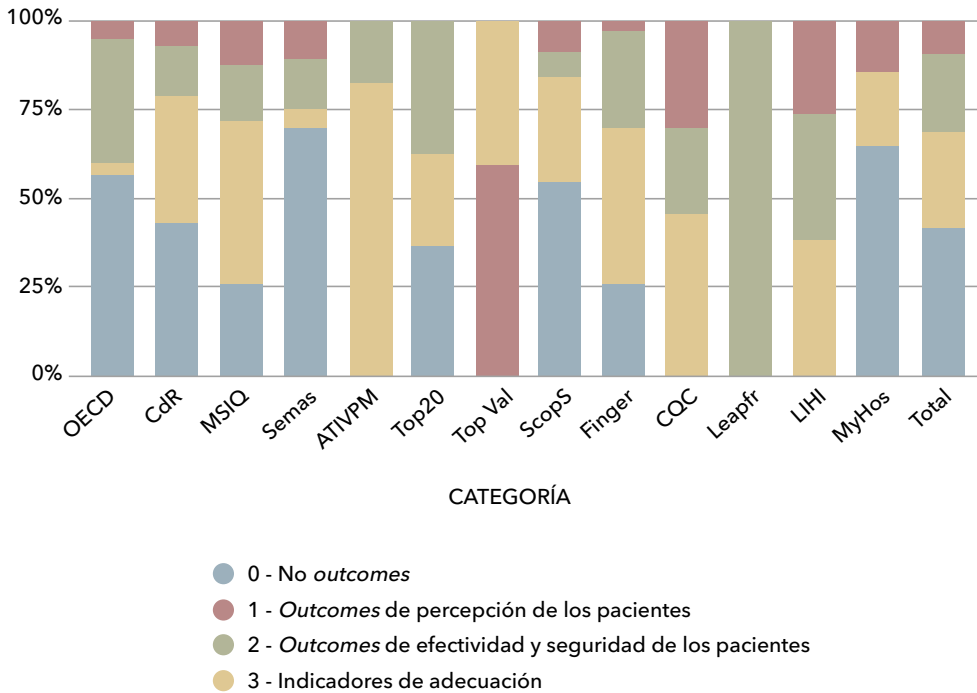
Tomemos como referencia la revisión por el Grupo de trabajo Atención Sanitaria Basada en Valor de la Sociedad Catalana de Gestión Sanitaria⁽⁹⁾. Se han revisado 14 marcos evaluativos diferentes entre los que se encuentran la OECD, la Central de Resultados del Observatorio del Sistema de Salud de Catalunya, MSIQ - Módulos para el Seguimiento de Indicadores de Calidad o el Observatorio de Resultados del Servicio Madrileño de Salud... entre otros.



De los 2.130 indicadores analizados se concluye que el 43% de los ítems pueden calificarse de outputs que, aunque analizan aspectos de interés, no están relacionados con los resultados de las actividades clínicas. El segundo bloque de indicadores más frecuentes, con el 26%, es el de adecuación en el uso de los recursos; el tercero, con un 23%, el de *outcomes* de efectividad clínica y seguridad de los pacientes; mientras que el último es el de los *outcomes* que analizan la percepción de los pacientes, cuyo volumen no llega al 9%.

La conclusión del informe⁽⁹⁾: ... *En resumen, el grado de desenfoco de los marcos evaluativos de los sistemas sanitarios respecto al valor que aportan es muy elevado, ya que emplean muchos esfuerzos y recursos en evaluar que los sistemas funcionan*

con eficiencia, de forma apropiada, con seguridad y con satisfacción, y sólo destinan unos pocos indicadores a observar la efectividad clínica, y casi ninguno a comprender si tanta actividad sirve para mejorar la salud percibida por las personas. Además, la mayoría de los indicadores están diseñados para el ámbito hospitalario y pocos analizan la atención primaria, la atención intermedia y la salud mental.



A continuación, se recogen dos ejemplos de los marcos revisados en ese informe, que nos ilustran sobre cómo es posible hacer las cosas de otra manera.

EL EJEMPLO DEL CARE QUALITY COMMISSION (CQC)¹⁶

Según se recoge en el informe antes mencionado⁽⁹⁾ el CQC 21 es una entidad independiente que se encarga de la regulación de la salud y atención social para adultos en Inglaterra. Su objetivo es garantizar que los proveedores de servicios sanitarios y sociales ofrezcan prestaciones de alta calidad, además de efectivas, seguras y centradas en las personas. Se trata de un marco evaluativo proactivo que tiene en cuenta, además de la información oficial del NHS, diversas acciones de consultoría sobre el terreno, con encuestas y grupos focales con pacientes, entrevistas a profesionales e inspecciones en las instalaciones. CQC no esconde la intención de generar transformaciones en la forma en que se prestan los servicios y, por ello, publica en abierto los informes que llevan a cabo en todos los centros sanitarios registrados.

CLASIFICACIÓN DE LOS 189 INDICADORES DE CQC		
CATEGORÍA	N	%
3. Indicadores de adecuación	85	45,0%
1. <i>Outcomes</i> de percepción de los pacientes	59	31,2%
2. Indicadores de efectividad y seguridad de los pacientes	45	23,8%
Total	189	100%

Los indicadores de CQC ponen el foco en la calidad organizativa de los centros sanitarios, especialmente desde la perspectiva de la percepción y de la seguridad de los pacientes.

LOWN INSTITUTE HOSPITALS INDEX¹⁷

De la misma manera que en el caso anterior este informe hace referencia y describe el caso de Lown Institute. Se trata de una organización independiente promotora de Right Care Alliance que lidera Lown Institute Hospitals Index (LIHI) siendo una iniciativa que pretende evaluar a los hospitales estadounidenses en función de una nueva métrica basada en el valor, un asunto realmente innovador. Según Vikas Saini, presidente de Lown Institute, se trata de ofrecer a la sociedad norteamericana un benchmarking que vaya más allá de la comparación de la eficiencia de las estructuras hospitalarias. La métrica del nuevo indicador se basa en tres pilares y 42 parámetros, que evalúan resultados, prácticas de valor y liderazgo cívico.

CLASIFICACIÓN DE LOS 42 INDICADORES DE LIHI		
CATEGORÍA	N	%
3. Indicadores de adecuación	16	38,1%
2. <i>Outcomes</i> de efectividad y seguridad de los pacientes	15	35,7%
1. <i>Outcomes</i> de percepción de los pacientes	11	26,2%
Total	42	100%

Dadas las enormes desigualdades en el acceso a los recursos sanitarios que existen en EE.UU., LIHI incorpora un pack de tres indicadores que evalúan el compromiso de los hospitales con las comunidades a las que sirven y que se categorizan como de adecuación.

6.2. ¿Cuál es la apuesta de Osakidetza?

El cuadro de mando de valor tal y como se plantea requiere recoger indicadores de diferentes ámbitos y tener una orientación clara e inequívoca hacia los Resultados en SALUD.



Será importante contar con la segmentación adecuada, definir la periodicidad de medición y los posibles impactos.

6.3. ¿Cómo abordar la construcción de este Cuadro de Mando?

1. CONSTITUCIÓN Y COMPOSICIÓN DEL GRUPO TÉCNICO COORDINADOR

Deberá contar con los perfiles adecuados y relacionados con las diferentes dimensiones. Compuesto por el equipo nuclear así como una representación de las áreas corporativas referidas en la página 51 de este documento.

2. DEFINICIONES, DIRECTRICES, MODELO DE CUADRO DE MANDO, LISTADO INDICADORES

Identificar y en su caso adecuar los indicadores de nuestros sistemas de información definición de indicador (ficha), comparabilidad y ajuste, fuentes de información, asegurar la automatización...

3. PROPUESTA NIVELES DE INDICADORES

Nivel 1. Estado de salud alcanzado o retenido (ej. en enf. degenerativas):

- 1.1. Supervivencia.
- 1.2. Grado de salud o recuperación alcanzada.

Nivel 2. Procesos de recuperación

- 2.1. Tiempo de recuperación y tiempo para volver a la actividad normal o a la mejor función alcanzable. (Ejemplo: Reperusión en el infarto: indicadores Biotzez).
- 2.2. Inutilidad de la atención o del tratamiento: disconfort, retratamiento, complicaciones a corto plazo, errores. (Errores diagnósticos, atención ineficaz, molestias relacionadas con el tratamiento, complicaciones, efectos adversos).

Nivel 3. Sostenimiento del nivel de salud. Mantenimiento de salud

- 3.1. Recaídas de la enfermedad o complicaciones a largo plazo.
- 3.2. Nuevos problemas de salud secundarios al tratamiento.

4. DEFINICIÓN DE DIMENSIONES -> ÁREAS DEL CUADRO DE MANDO

4.1. Efectividad clínica - Outcomes – Adecuación (*Right care, Value Medicine*).

Esta área recogería información sobre: supervivencia, complicaciones, efectos adversos, recuperación del nivel de salud, tratamiento ineficaz, errores, molestias, retratamientos.

4.2. Calidad y Seguridad clínica

Propuesta de indicadores desde la seguridad y calidad orientado a PREM y PROM: globales (generales) y específicos por grupos de patologías (ICHOM).

Nuevo enfoque de VALOR en salud. Observatorio de Osakidetza con **indicadores “centinela”**.

- Mortalidad, Mortalidad diferida a 30 y 60 días.
- Supervivencia en procesos relevantes (cribado y tumores en general).
- Indicadores de la Estrategia de seguridad del paciente.
- Escalas sobre calidad de vida.
- Indicadores MAPAC: Adecuación, efectos adversos o complicaciones....

4.3. Eficiencia y sostenibilidad

VPM, Buenas prácticas, Prescripción (deprescripción), Integración asistencial, Rutas asistenciales, Compras centralizadas, Estratificación, Reingresos, empoderamiento del paciente.

Algunos aspectos a considerar:

- Tasa indicaciones Q.
- Gasto Farmacia fármacos de escaso valor.
- Uso Telemedicina.
- CNP
- Coste por enfermedad.
- Compras Centralizadas.
- Alternativas a la Hospitalización.
- Atención Domiciliaria.
- Implantación de energías limpias renovables, planes de eficiencia energética.

4.4. Experiencia de paciente (PREM)

- Reevaluación de encuestas de satisfacción de pacientes por ámbitos de atención clásicos en Osakidetza. Orientación PREM, Otros ámbitos: Crónicos, Pluripatológicos, mujer, Paliativos...). Nuevas directrices.
- Nuevos ámbitos de exploración de experiencia y satisfacción: encuestas tipo IEXPAC, Cronicidad, Rutas, Paliativos, Mujer...

4.5. Outcomes finales (PROM) Medidas de resultado informadas por las personas pacientes (PROM):

- Instrumentos de medición estandarizados: EQ5D, SF36, PROMIS...
- Específicas de enfermedad.

Los PROM suelen incluir:

- Funcionamiento físico / movilidad.
- Síntomas (dolor, fatiga).
- Bienestar psicológico (ansiedad, depresión).

- Bienestar social (familiar, entorno afectivo, deporte).
- Puntos finales de salud-económicos (reincorporación al trabajo).

4.6. Accesibilidad: Lista de espera, demoras, etc.

4.7. Integración: IEXPAC Experiencia de paciente

7. Conclusiones

A continuación, se exponen algunos puntos estratégicos que resumen el enfoque de este nuevo marco de evaluación de los Resultados orientados a VALOR que se proponen para Osakidetza y supone uno de los grandes ejes del nuevo PLAN ESTRATEGICO DE OSAKIDETZA⁽¹⁸⁾.

- Comparar los resultados en salud para mejorar la prestación de la atención.
- Compartir las mejores prácticas entre las organizaciones.
- Impulsar la generación de conocimiento y el intercambio de mejores prácticas.

1. "La evaluación de los resultados QUE IMPORTAN A LAS PERSONAS"

Se hace necesario incorporar **indicadores de efectividad clínica, además de PREM y PROM** en los cuadros de mando de las organizaciones sanitarias. Y es necesario **incluir la perspectiva de los pacientes en la toma de decisiones clínicas**. En este punto habrá que promover que los rendimientos de cuentas en el futuro se realicen de acuerdo con nuevos indicadores que midan los resultados con enfoque a Valor.

2. El liderazgo clínico y el trabajo en equipo multidisciplinar

La pandemia ha puesto de relieve, más si cabe, la necesidad de potenciar el liderazgo de los clínicos, y el trabajo en equipo multidisciplinar: uno de los grandes retos de la atención primaria y de las plantas de hospitalización.

3. Comparar los resultados en salud para mejorar la prestación de la atención

Muchos proyectos han demostrado que cumplen con los cánones de la cuádruple meta (resultados, experiencia de paciente, eficiencia y satisfacción de profesionales). Su implantación efectiva requiere dar el apoyo metodológico necesario desde el equipo corporativo. Buscando además la universalidad y la equidad. Solo estandarizando es posible además la comparación entre organizaciones para el aprendizaje y la mejora colectiva y la generación de conocimiento.

4. Selección de iniciativas a estandarizar

Se hace necesario seleccionar adecuadamente los procesos asistenciales con enfoque a valor en base a criterios de evidencia de mejora en los resultados, factibilidad, sostenibilidad y equidad.

5. Los marcos evaluativos y los modelos de financiación basados en el valor

Es necesario evolucionar los marcos evaluativos y los modelos de financiación de las organizaciones sanitarias para incorporar, con más fuerza, los resultados reales de sus acciones, tanto en términos objetivos (efectividad a medio y largo plazo), como en términos subjetivos (PREM y PROM). Es necesario prestar atención a experiencias que llegan de todo el mundo, sin renunciar a hacer propuestas propias que sean adecuadas en nuestro entorno.

8. Anexo

8.1. Anexo I: Plan de trabajo

DEFINICIÓN DE ENTREGABLES	FECHA PREVISTA	RESPONSABLE
FASE DE DISEÑO		
Informe contexto	Enero - mayo 2023	SD Calidad + Equipo nuclear*
Cronograma de implantación	Junio 2023	Equipo nuclear*
Informe situación de las OSI (análisis encuesta/sondeo)	Junio a septiembre 2023	
Síntesis de los procesos asistenciales existentes con enfoque a VALOR	Septiembre 2023	
Priorización de los procesos asistenciales	Junio a octubre 2023	
Estrategia sintetizada: <ul style="list-style-type: none"> • Proceso estándar (MCD) definido • Procesos asistenciales a desplegar 	Octubre 2023	
FASE DE DESPLIEGUE		
Clasificación de las OOSS (básica-intermedia-avanzada)	Octubre - Noviembre 2023	
Planning de despliegue por OSI: Qué-Dónde-Cuándo	Noviembre 2023	
Modelización de los tres pilares con las OSI: conformación de equipo	Diciembre 2023	
Nuevos procesos asistenciales (al menos 2)	Iniciados diciembre 2023	
FASE DE EVALUACIÓN		
Cuadro de mando genérico orientado al estándar (MCD)	2024	
CM definido por cada proceso asistencial desplegado	2024	
Valoración /análisis/ incorporación de las mejoras tras la visualización de los primeros resultados	2024	

9. Bibliografia

9. Bibliografía

1. Marco estratégico del Departamento de Salud 2021-2024. Gobierno Vasco.
2. Picker. Insitutu Picker <https://picker.org/>
3. Michael Porter y Elizabeth Teisberg,2006. Redifning healtje care.
4. Donald Berwick,2008. IHI Tripe Meta. <http://www.ihl.org>
5. Michael Porter y Thomas.HBR.2013 «La estrategia que “arreglará” la atención médica».
6. DBS. Health. VII Foro de transformación sanitaria. La transformación hacia una sanidad basada en el valor.
7. Movimiento ‘Right Care’ – Atención adecuada - avoiding overuse – ‘Do not do’. (<https://www.england.nhs.uk/rightcare/>) Lancet – BMJ - NHC (Donald Berwick). Provisión de Servicios que responden a las necesidades de las personas.
8. *Value Based Helth Care*. De la teoría a la acción. 2019.Joan Barrubés et all. Antares Consultig.
9. Por un nuevo marco de evaluación y contratación de servicios basado en el valor de la salud. Grupo de trabajo Atención Sanitaria Basada en Valor de la Sociedad Catalana de Gestión Sanitaria. Febrero de 2022.
10. <https://www.choosingwisely.org/>
11. <http://www.dianasalud.com/>
12. <https://portal.guiasalud.es/>
13. https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/cal_sccc.htm
14. Iniciativa Triple (4) Aim. Institute for Healthcare Improvement (IHI - <http://www.ihl.org>).
15. Medicina del Valor (Michael Porter). ICHOM – BMJ – PCORI – Choosing Wisely
16. Care Quality Commission: <https://www.cqc.org.uk/>
17. Lown Institute: <https://lowninstitute.org/projects/lown-institute-hospitals-index/>

18. <http://lagestioimporta.cat/arees/atencion-sanitaria-basada-en-el-valor-fundamentos-conceptos-y-estrategias/?lang=es>
19. Zanotto, B. S., da Silva Etges, A. P. B., Marcolino, M. A. Z., & Polanczyk, C. A. (2021). Value-based healthcare initiatives in practice: a systematic review. *Journal of Healthcare Management*, 66(5), 340.
20. Porter, M. E. (2009). A strategy for health care reform—toward a value-based system. *N Engl J Med*, 361(2), 109-112.
21. Cossio-Gil Y, Omara M, Watson C, Casey J, Chakhunashvili A, Gutiérrez-San Miguel M, Kahlem P, Keuchkerian S, Kirchberger V, Luce-Garnier V, Michiels D, Moro M, Philipp-Jaschek B, Sancini S, Hazelzet J, Stamm T. The Roadmap for Implementing Value-Based Healthcare in European University Hospitals-Consensus Report and Recommendations. *Value Health*. 2022 Jul;25(7):1148-1156. doi: 10.1016/j.jval.2021.11.1355. Epub 2021 Dec 15. PMID: 35779941.
22. Porter ME. What is value in health care? *N Engl J Med*. 2010;363(26):2477-2481.
23. Porter ME, Lee TH. What 21st century health Care Should Learn from 20th Century Business. *NEJM Catalyst*; September 5, 2018. <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.18.0098>
24. Gray M. Value based healthcare. *BMJ*. 2017;356:j437
25. Fredriksson JJ, Ebbevi D, Savage C. Pseudo-understanding: an analysis of the dilution of value in healthcare. *BMJ Qual Saf*. 2015;24(7):451-457.
26. Arora J, Hazelzet J, Koudstaal M. A blueprint for measuring health care *outcomes*. *Harvard Business Review*; December 12, 2016. <https://hbr.org/2016/12/a-blueprint-for-measuring-health-care-outcomes>
27. Ramos P, Savage C, Thor J, et al. It takes two to dance the VBHC tango: A multiple case study of the adoption of value-based strategies in Sweden and Brazil. *Soc Sci Med*. 2021;282:114145.
28. Stamm T, Bott N, Thwaites R, et al. Building a value-based care infrastructure in Europe: the health *outcomes* observatory. *NEJM Catalyst*; June 9, 2021. <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.21.0146>
29. Wagle NW. Implementing patient-reported *outcome* measures. *NEJM Catalyst*; October 12, 2017. <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.17.0373>

30. Kotronoulas G, Kearney N, Maguire R, et al. What is the value of the routine use of patient-reported *outcome* measures toward improvement of patient *outcomes*, processes of care, and health service *outcomes* in cancer care? A systematic review of controlled trials. *J Clin Oncol*. 2014;32(14):1480–1510.
31. Boyce MB, Browne JP, Greenhalgh J. The experiences of professionals with using information from patient-reported *outcome* measures to improve the quality of healthcare: a systematic review of qualitative research. *BMJ Qual Saf*. 2014;23(6):508–518.

