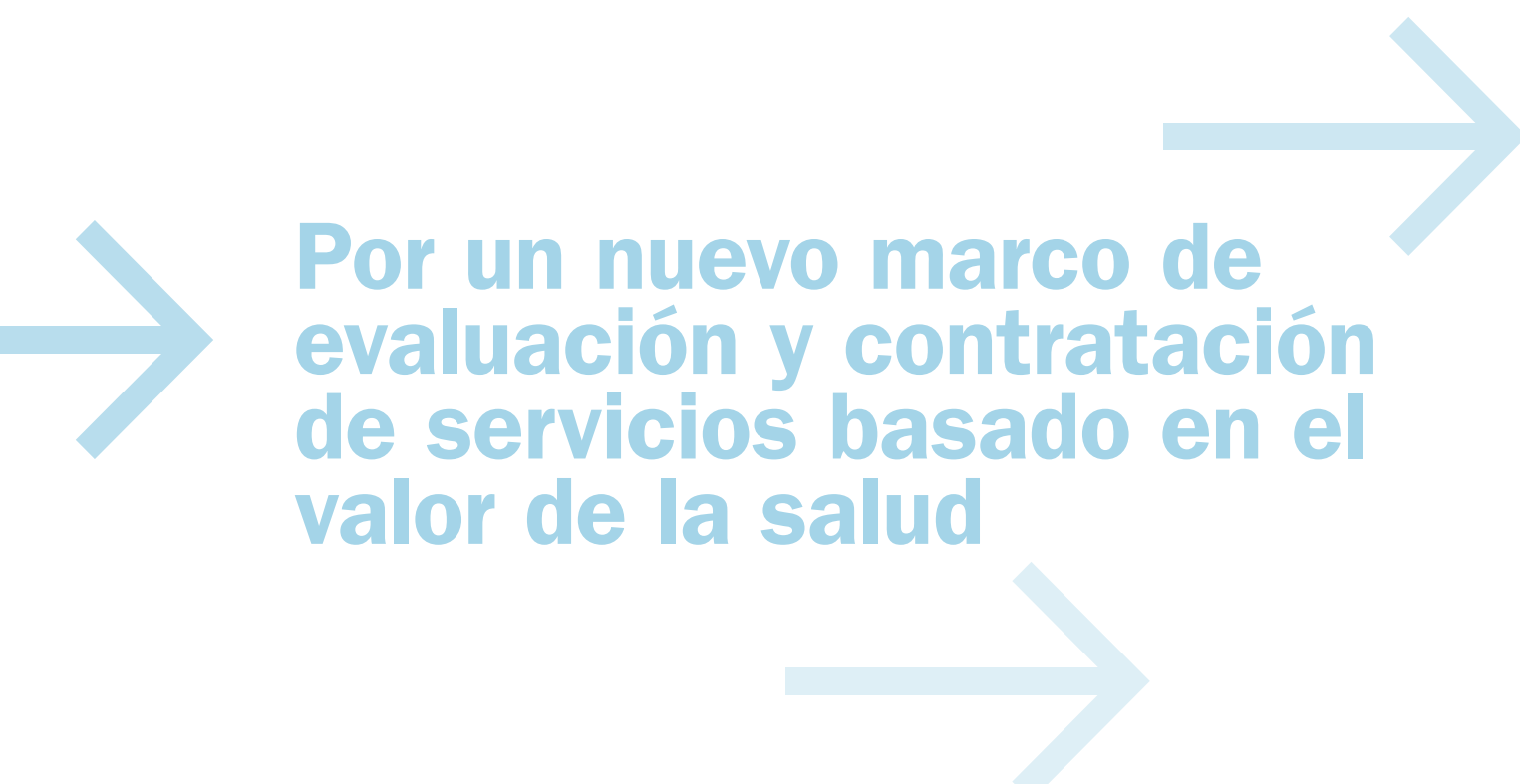


# Por un nuevo marco de evaluación y contratación de servicios basado en el valor de la salud



# Por un nuevo marco de evaluación y contratación de servicios basado en el valor de la salud

## Equip editorial

### Coordinadores

Jordi Varela. Médico.

Tino Martí. Economista.

### Vocales

Cristina Adroher. Economista.

Ana Clopés. Farmacéutica.

Francesc Cots. Economista.

David Elvira. Economista.

Anna García-Altés. Economista.

Pere Ibern. Economista.

Carles Illa. Economista.

Xavier Pérez. Gerente.

María Luisa de la Puente. Médica.

Cristina Roure. Farmacéutica.

### Colaboradora

Candela Esposito. Estudiante de Economía.

## Edición

**Coordinadora editorial:** Gemma Bruna

**Diseño y maquetación:** Ortega i Palau / Gabi Beneyto

Febrero de 2022

Este informe ha sido elaborado por el grupo de trabajo Atención Sanitaria Basada en Valor de la Sociedad Catalana de Gestión Sanitaria con el apoyo de Novartis

# Índice

Presentación.....	5
Resumen ejecutivo .....	6
Abreviaciones .....	8
Lista de figuras .....	9
Lista de tablas .....	10
Introducción .....	11
Metodología .....	13
<b>¿Qué miden los marcos evaluativos vigentes?.....</b>	<b>14</b>
Revisión de 14 marcos evaluativos .....	17
Resumen de los principales hallazgos de la revisión de los marcos evaluativos .....	24
<b>¿Cuáles son los modelos vigentes de pago de servicios sanitarios? .....</b>	<b>26</b>
Pago por acto (fee-for-service) y prospectivo .....	26
Presupuesto público .....	27
Pago por episodio (bundled payment) .....	28
Pago variable por resultados (pay-for-performance) .....	29
Pago per cápita (global payment) .....	32
Pago de la integración de servicios para atender a personas con necesidades sociales y sanitarias complejas .....	34
<b>El modelo de contratación de servicios sanitarios de utilización pública en Cataluña ...</b>	<b>37</b>
Contratación de servicios de atención primaria .....	37
Contratación de servicios de atención hospitalaria de agudos .....	38
Contratación de servicios de atención intermedia .....	40
Contratación de servicios de salud mental .....	40
Parte variable de los contratos .....	40
Resumen de los sistemas de contratación de servicios del CatSalut .....	42
<b>Análisis crítico del modelo catalán de evaluación y asignación de recursos de los servicios sanitarios de utilización pública .....</b>	<b>43</b>
Análisis crítico de los marcos evaluativos catalanes .....	43
Análisis crítico del modelo de asignación de recursos del sistema sanitario catalán ..	45
Principios, modelo y recomendaciones .....	49
Bibliografía .....	52



# Presentación

En los últimos 40 años, un amplio conjunto de profesionales de la gestión sanitaria de Cataluña se han centrado en identificar y compartir las mejores experiencias a nivel mundial para ofrecer soluciones a los grandes retos de la prestación sanitaria, siempre adaptadas al sistema universal y de financiación pública que tenemos. De manera reiterada, en Cataluña hemos pretendido adaptar, con mayor o menor intensidad y con un esfuerzo que hay que reconocer, las que entendemos como “reglas del juego” (contratación, financiación y evaluación) para ajustar la relación entre autoridad sanitaria y proveedores del sistema. En todas las épocas el objetivo ha sido alcanzar un hipotético equilibrio que respetara expectativa política, viabilidad económica, innovación tecnológica y paz social, lo que a menudo ha sido muy difícil.

En los últimos 20 años, el mundo occidental está viviendo el cambio más trascendente que ha podido experimentar nunca en tan poco tiempo: la transformación digital, que proporciona el máximo acceso a la información, la construcción de relaciones virtuales y la inteligencia artificial, con la anticipación o la propuesta de la respuesta más adecuada. Esta revolución está modificando la demanda social y el compromiso de los servicios públicos frente a la ciudadanía.

De forma simultánea al mayor despliegue digital, desde 2020 nos hallamos inmersos en la enfermedad provocada por el COVID-19, la mayor pandemia experimentada por la actual generación de humanos.

Podría parecer que, en estos momentos de recuperación incómodos, y todavía muy inciertos, preocuparse de nuevo por esas “reglas del juego” del sistema de salud sea poco oportuno.

Por lo contrario, desde la Sociedad Catalana de Gestión Sanitaria (SCGS) pensamos que éste es el momento de reflexionar sobre una seria transformación del sistema de asignación de recursos y de evaluación de resultados para afrontar el futuro de la atención sanitaria. La transformación digital del sistema de salud también nos proporciona grandes oportunidades que debemos aprovechar.

Desde nuestra sociedad científica queremos ser coherentes con nuestra razón de ser. Ante la anticipación de una muy probable crisis económica postpandemia y de grandes dificultades en la sostenibilidad de los sistemas sanitarios públicos universales, hemos llevado a cabo un primer ejercicio que, con seguridad, necesitará de otras iniciativas para contribuir a mejorar el equilibrio de nuestro sistema sanitario catalán.

Desde el sector de la salud tenemos la obligación de velar por mantener la calidad de la oferta de servicios a la ciudadanía. Y desde una sociedad científica como la nuestra queremos recuperar el análisis internacional, las experiencias publicadas y el conocimiento académico para realizar una propuesta independiente y valiente para reorientar la contratación y la evaluación de los servicios sanitarios hacia la búsqueda del valor: obtener la máxima efectividad clínica y percibida respecto a los costes incurridos.

Para elaborar este informe hemos contado con un equipo de personas expertas de primer nivel, con amplia experiencia en sus disciplinas, reconocidas profesionalmente y que, bajo la dirección de Jordi Varela y Tino Martí, han dedicado parte de su tiempo y conocimiento para construir un documento muy robusto técnicamente. A todas ellas les mostramos nuestro respeto y agradecimiento.

## **Ramon Cunillera.**

Presidente de la Sociedad Catalana de Gestión Sanitaria  
Academia de Ciencias Médicas y de la Salud de Cataluña y Baleares

## Resumen ejecutivo

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.

Sensible a este movimiento, la Sociedad Catalana de Gestión Sanitaria, mediante el grupo de trabajo de Atención Sanitaria Basada en Valor (ASBV), se ha propuesto realizar una revisión internacional para comprender qué miden los marcos evaluativos vigentes y cuáles son los modelos de pago orientados al valor más extendidos, para a continuación analizar la situación en el sistema sanitario público catalán y, por último, proponer unos principios, un modelo y unas recomendaciones para ayudar a evolucionar la situación actual en la dirección adecuada.

De la revisión internacional de 14 marcos evaluativos de sistemas de salud y organizaciones sanitarias, se observa que solo un 32% de los 2.130 indicadores utilizados tienen relación con la medida del valor, incluyendo los resultados de la efectividad clínica y la seguridad, la satisfacción y la percepción de los pacientes. Si nos centramos en Cataluña, las tres fuentes analizadas, Central de Resultados, MSIQ y sistema de objetivos de la parte variable del contrato del CatSalut, este porcentaje se reduce al 20%.

En cuanto a la financiación, al margen del sistema presupuestario vigente y de los correspondientes tecnicismos contractuales implícitos, se han revisado cuatro modelos de pago que buscan fomentar el valor de las actuaciones clínicas: el pago por episodios (bundled payment), el pago variable por resultados (pay-for-performance), el pago por cápita (global payment) y el pago de la integración de servicios para atender a personas con necesidades sociales y sanitarias complejas. A pesar de los entornos tan distintos en los que se han desplegado las experiencias analizadas, su implementación, aunque de forma débil, obtiene resultados positivos.

Con todo ello, el grupo de trabajo ha definido unos principios para visualizar un nuevo modelo de asignación de recursos que fomente el valor de las actividades clínicas, que sea de alcance global, que se base en indicadores valiosos y en la evidencia disponible, que sea creíble y transparente, que fomente la sostenibilidad de las organizaciones sanitarias, que combata burocracias innecesarias, que evite controles previos, pero que, en cambio, promueva la rendición de cuentas, que sea evaluable y que cuente con dispositivos de ajuste a las circunstancias de cada momento. Con estos principios, se

ha creído oportuno recomendar un modelo de asignación de recursos de los sistemas sanitarios que tenga por objetivo la financiación de la preservación y mejora de la salud poblacional e individual y que evite, o incluso penalice, la fragmentación y el consumo inapropiado de servicios.

Fieles a esta visión, pero sin dejar de tener presentes las enormes dificultades de un cambio disruptivo, el grupo de trabajo ha elaborado unas recomendaciones que tienen por finalidad hacer evolucionar el modelo de asignación de recursos públicos vigente hacia uno más valioso, en un proceso de introducción continuada de innovaciones en las contrataciones que deberían ir orientadas a la preservación y mejora de la salud poblacional e individual. Sin embargo, la implantación progresiva de las recomendaciones debería dar margen de maniobra para que las organizaciones sanitarias contratadas vayan acomodando sus estructuras, líneas asistenciales y presupuestos a los nuevos escenarios.

El decálogo de recomendaciones propuesto, en resumen, es el siguiente:

- 1. Reactivar la Central de Resultados con mayor orientación al valor y mayor influencia en la contratación de servicios.**
- 2. Fomentar la coordinación entre servicios, organizaciones y niveles mediante la introducción de incentivos en el sistema de pago.**
- 3. Reafirmar y actualizar el modelo capitativo de la atención primaria.**
- 4. Potenciar la autonomía de gestión y la rendición de cuentas de las organizaciones sanitarias a expensas del control previo.**
- 5. Reorientar la contratación de los servicios hospitalarios con un modelo híbrido de estructura, pago por episodios y pago por resultados.**
- 6. Promover la atención a las personas con necesidades sociales y sanitarias complejas en el entorno comunitario a través de un sistema de pago que incentive la integración.**
- 7. Reorientar la financiación de los servicios intermedios y de salud mental para orientarlos a la comunidad.**
- 8. Evolucionar la parte variable de los contratos hacia la potenciación del valor de la salud.**
- 9. Generar un modelo homologado y estabilizado de estimación de costes.**
- 10. Fomentar la innovación y la transformación digital con financiación de riesgo compartido.**

# Abreviaciones

---

ABS	Área básica de salud
ACO	Accountable Care Organization
AQC	Alternative Quality Contrato
AQUAS	Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias de Cataluña
ASBV	Atención sanitaria basada en valor
CatSalut	Servicio Catalán de la Salud
CCG	Clinical Commissioning Group
CMS	Centers for Medicare & Medicaid Services
CPC	Comprehensive Primary Care Program
CQC	Care Quality Comision
CQUIN	Commissioning for Quality and Innovation
CRES	Centro de Investigación en Economía de la Salud
DMA	Gasto Máximo Asumible
EAP	Equipos de atención primaria
EPR	Esquemas de pago por resultados
ERG	Episode Risk Groups
EE.UU.	Estados Unidos de América
GRD	Grupos relacionados con el diagnóstico
HVBP	Hospital value-based purchasing
ICO	Instituto Catalán de Oncología
ICS	Integrated care systems
IQF	Índice de calidad de la prescripción farmacéutica
IRE	Intensidad relativa de estructura
IRR	Intensidad relativa de recursos
LIHI	Lown Institute Hospitals Index
MHDA	Medicación hospitalaria de dispensación ambulatoria
MSIQ	Módulos para el Seguimiento de Indicadores de Calidad
MSSP	Medicare Shared Savings Program
NHS	National Health Service
P4P	Pay for performance
PACE	Program of All-Inclusive Care for the Elderly
PADES	Programas de atención domiciliaria
PBRSA	Performance-based risk-sharing arrangements
PGIP	Physician Group Incentive Program
PHB	Personal Health Budget
PULSA	Patient Reported Experience Measure
PROMO	Patient reported outcome measure
PSS	Prescribed Specialized Services
SCGS	Sociedad Catalana de Gestión Sanitaria
SCQA	Sociedad Catalana de Calidad Asistencial
SERMAS	Servicio Madrileño de Salud
SSIBE	Servicios de Salud Integrados Baix Empordà
TAC	Tratamientos de alta complejidad
UBA	Unidad básica asistencial
UFISS	Unidades funcionales interdisciplinarias sociosanitarias
UPF	Universidad Pompeu Fabra



# Lista de figuras

---

Figura 1. Fórmula de valor de Michael Porter.....	13
Figura 2. Marco evaluativo del Top Value de IQVIA .....	18
Figura 3. Significado de los iconos de CQC.....	20
Figura 4. Frecuencia relativa del tipo de indicadores de evaluación .....	22
Figura 5. Distribución por tipos de indicador y marco evaluativo .....	23
Figura 6. Fases del Commissioning for value .....	28
Figura 7. Distribución de tipos de indicador de los marcos evaluativos catalanes .....	42
Figura 8. Distribución relativa de los tipos de indicadores de los marcos evaluativos catalanes .....	42

# Lista de tablas

---

Tabla 1. Sistema de clasificación de indicadores de evaluación .....	16
Tabla 2. Clasificación de los 464 indicadores de la OCDE .....	17
Tabla 3. Clasificación de los 373 indicadores de la Central de Resultados de AQUAS ..	17
Tabla 4. Clasificación de los 144 indicadores de MSIQ .....	18
Tabla 5. Clasificación de los 335 indicadores del Observatorio de Resultados del SERMAS .....	18
Tabla 6. Clasificación de 70 indicadores de 10 atlas de VPM .....	19
Tabla 7. Clasificación de los 8 indicadores del Top 20 de IQVIA .....	19
Tabla 8. Clasificación de los 11 indicadores del Top Value de IQVIA .....	20
Tabla 9. Clasificación de los 255 indicadores de ScopeSanté .....	21
Tabla 10. Clasificación de los 178 indicadores de PHOF de Fingertips .....	21
Tabla 11. Clasificación de los 189 indicadores de CQC .....	22
Tabla 12. Clasificación de los 42 indicadores de LIHI .....	23
Tabla 13. Clasificación de los 29 indicadores de MyHospitals .....	23
Tabla 14. Evaluación de experiencias identificadas de pago por episodio .....	28
Tabla 15. Revisión sistemática identificada sobre modelos de pago por episodio (bundled payment) .....	29
Tabla 16. Revisiones sistemáticas y estudios de caso-control identificados sobre pago variable por resultados (pay-for-performance) .....	31
Tabla 17. Clasificación de los 32 indicadores de ACO .....	32
Tabla 18. Evaluación de experiencias identificadas de pago per cápita (global payment) .....	31
Tabla 19. Revisión sistemática y estudio de caso-control identificados de modelos capitativos (global payment) .....	33
Tabla 20. Experiencias identificadas de evaluación del pago de la integración de servicios para atender a personas con necesidades sociales y sanitarias complejas ..	34
Tabla 21. Revisiones sistemáticas identificadas de los modelos de pago de complejidad clínica y social .....	36
Tabla 22. Parámetros de contratación de los servicios de atención intermedia .....	40
Tabla 23. Clasificación de los 118 indicadores de la parte variable de los contratos del CatSalut con los proveedores .....	41
Tabla 24. Resumen del sistema de la contratación de servicios del CatSalut .....	41
Tabla 25. Clasificación de los 635 indicadores de los tres marcos evaluativos catalanes: CdR de AQUAS, MSIQ y parte variables de los contratos del CatSalut con los proveedores. ....	42

# Introducción

La evolución histórica del gasto sanitario ha crecido en las últimas décadas a excepción del descalabro de la crisis financiera mundial de 2008 y, como resultado, la OCDE estima que el promedio del gasto sanitario de sus estados miembros alcanzó casi el 8,3% del PIB en 2020.<sup>1</sup> Este crecimiento continuado del gasto sanitario amenaza la sostenibilidad de los propios sistemas de salud, sin observar una repercusión en la mejora de la salud de las poblaciones.

Algunos países, por su parte, han intentado cuantificar el volumen del derroche sanitario. Se estima que en Estados Unidos entre un 20% y un 50% del gasto sanitario es de escaso valor, mientras que en los Países Bajos se cifra en un 20% el ahorro potencial si se elimina la sobreutilización y se mejora la integración asistencial.<sup>2</sup>

La Atención sanitaria basada en el valor (ASBV) es un movimiento de reforma de los sistemas de salud para incentivar la colaboración entre proveedores, la participación de los pacientes y la mejora de los resultados. La ASBV es un concepto que pretende construir modelos sanitarios en los que los proveedores de servicios sean remunerados en base al valor que aportan a los pacientes y que los profesionales y las unidades clínicas sean evaluados de acuerdo con ello. Michael Porter, principal inspirador de este movimiento, en *Redefining Health Care* (2006), define el valor como “la percepción que las personas tienen de la efectividad clínica en relación con los costes del proceso asistencial”.<sup>3</sup>

Diez años más tarde de esta publicación, en 2017, *The Lancet*, haciéndose eco del movimiento que había crecido al amparo del Lown Institute, publicó el monográfico *Right Care*, donde los editores de la revista propusieron la siguiente definición: “Right Care es la atención sanitaria que aporta más beneficios que efectos no deseados, que tiene en cuenta las circunstancias de cada paciente, sus valores y su forma de ver las cosas y que, además, se sustenta en la mejor evidencia disponible y en los estudios de coste-efectividad”.<sup>4</sup>

Con este empuje, todos los sistemas sanitarios del mundo están haciendo esfuerzos en el fomento de las actividades valiosas desde la doble perspectiva, la de la percepción de la ciudadanía y la de la evidencia científica. Sin embargo, se observa que la mayoría de estas reformas son incipientes o anecdóticas, ya que la resistencia al cambio por parte de las organizaciones sanitarias y de las corporaciones profesionales está siendo muy fuerte, sin menospreciar las dificultades técnicas y políticas que comporta su implantación.<sup>5</sup>

### **¿Por qué deberían las autoridades sanitarias catalanas considerar cambiar el modelo de asignación de los recursos sanitarios públicos?**

En principio, por una cuestión de sostenibilidad y de reducción del derroche, un asunto de orden general<sup>6</sup> y, en segundo lugar, porque el sistema sanitario público catalán tiene un modelo de asignación de recursos demasiado variado, demasiado complejo y poco transparente, con cuatro tipologías de contrataciones: a) Cápita para la atención primaria, b) Prospectiva para las hospitalizaciones, c) Estancias para los servicios intermedios y d) Programas para un amplio abanico de servicios. Pero a pesar de la diversidad de las líneas contractuales vigentes, lo que prevalece de verdad es el techo presupuestario, una metodología de carácter burocrático que, bajo la apariencia de una vigilancia preventiva, en realidad no logra contener el gasto que pretende controlar y, por contra, desvirtualiza todos los esfuerzos de la lógica contractual.

### **¿Cómo puede ayudar este documento en la mejora deseable del modelo de distribución de recursos vigente?**

En un entorno en el que los sistemas sanitarios pretenden centrar el foco hacia el valor que aportan a la salud de las personas y de las poblaciones, este documento, una iniciativa de la SCGS, tiene por objetivo revisar y analizar los marcos evaluativos y los modelos de pago de los servicios sanitarios desde una perspectiva internacional, incluida la catalana, con el fin de ver las limitaciones e influencias negativas que llevan incorporadas y proponer recomendaciones que faciliten una evolución hacia una distribución de recursos más transparente y más valiosa, favorecer las necesarias reformas de las organizaciones sanitarias para que sean más sostenibles, además de incentivar el liderazgo profesional y la implicación de los pacientes.

# Metodología

Para alcanzar los objetivos fijados por el grupo de trabajo, la elaboración de este informe ha seguido diferentes metodologías para cada una de las cuatro secciones de análisis: marcos evaluativos, modelos de pago vigentes a nivel internacional, modelo de contratación de los servicios sanitarios de utilización pública en Cataluña y análisis crítico del modelo catalán de evaluación y asignación de recursos de servicios sanitarios de utilización pública.

El análisis de los marcos evaluativos se ha basado en una selección no sistemática, con mirada internacional, de iniciativas y plataformas de evaluación de la actividad asistencial a nivel de país, territorio o proveedor, que ofrecen indicadores en abierto, los cuales se han clasificado según cuatro categorías: outputs sin relación con resultados, outcomes de percepción de los pacientes, outcomes de efectividad y seguridad de los pacientes e indicadores de adecuación. La descripción de esta clasificación, detallada en la tabla 1, pretende distinguir el grado de orientación al valor de las distintas métricas.

La sección dedicada a los modelos de pago vigentes se ha basado en un scoping review de los cuatro esquemas de pago seleccionados (por episodios, resultados, cápita y complejidad clínica y social). Para identificar la evidencia de su aplicación, se ha realizado una búsqueda en PubMed, seleccionando los artículos publicados en los últimos 10 años que pertenecen a la categoría de revisión sistemática. Fruto de la revisión, se han identificado 62 artículos de los que se han escogido 22. Los resultados de la búsqueda se han complementado con otros artículos sugeridos por los expertos del grupo de trabajo.

El análisis del modelo de contratación de servicios de utilización pública en Cataluña se ha elaborado mediante la revisión del sistema de contratación del CatSalut para las diferentes líneas de servicio y la realización de entrevistas semiestructuradas a responsables de gestión y facturación de las entidades proveedoras que ofrecen las líneas de actividad analizadas: atención primaria, atención hospitalaria de agudos, atención intermedia y salud mental. Las entrevistas se han orientado a identificar las principales virtudes y defectos del sistema actual y a captar sugerencias de mejoras propuestas por parte de las personas entrevistadas.

Por último, el análisis crítico del modelo catalán de evaluación y asignación de recursos de los servicios sanitarios de utilización pública y las correspondientes recomendaciones se han elaborado a partir de los resultados anteriores y de la revisión, discusión y validación por parte de todas las personas integrantes del grupo de trabajo.

## ¿Qué miden los marcos evaluativos vigentes?

Los modelos evaluativos de los sistemas sanitarios responden a varios enfoques según los intereses de sus promotores, entre los cuales habría que destacar los más habituales:<sup>7</sup>

- La actividad asistencial, en sí misma, da lugar a unas cifras muy apreciadas por las autoridades sanitarias y por las aseguradoras privadas porque tienen un impacto directo en los presupuestos y en la facturación. Por poner un par de ejemplos, la Central de Resultados destaca que en Cataluña, todos los años, la atención primaria atiende a más de 45 millones de visitas y los hospitales ingresan a más de 600.000 personas.
- El interés por la gestión eficiente de los recursos promovió el desarrollo de agrupadores de casuística, que permitieron analizar indicadores como la estancia media ajustada por complejidad, el rendimiento de los quirófanos según la tipología de las intervenciones o bien la reorganización de los modelos de acuerdo con las necesidades esperables.
- La medición de las listas de espera, por su parte, tiene un gran predicamento en los medios de comunicación y en los debates políticos. Se trata de una información de la accesibilidad de los ciudadanos a los sistemas públicos de salud y, por tanto, es lógico que despierten expectativas y debates políticos.
- Los indicadores que miden la seguridad de los pacientes, como las infecciones hospitalarias o las caídas evitables de las personas institucionalizadas, tuvieron un gran empuje a partir de la publicación del informe *To err is human*,<sup>8</sup> y desde entonces ha generado interés en la medida de los errores evitables y de los efectos adversos de las actividades clínicas.
- Las medidas de la efectividad clínica, como la supervivencia de personas que padecen procesos patológicos complejos o la recuperación funcional de los pacientes después de ciertas intervenciones musculoesqueléticas, se reforzaron con la aparición de la medicina basada en la evidencia.<sup>9</sup> Sin embargo, el hecho de medir la efectividad de las acciones clínicas raramente tiene impacto en la evaluación o en la financiación de los proveedores sanitarios.

Destacamos estos cinco ejemplos como muestra del marco evaluativo que conforma hoy los cuadros de mando de las instituciones sanitarias, un modelo de rendición de cuentas que mezcla cantidad de trabajo, eficiencia, accesibilidad y seguridad del paciente, con una mención honorífica, pero testimonial, a la efectividad clínica.<sup>10</sup>

Cuando Michael Porter desarrolló el concepto de valor de las actividades sanitarias, su idea acabó tomando la forma de una fracción, en la que el numerador se alimenta de la efectividad clínica a medio y largo plazo o, mejor aún, de la percepción que las personas tienen de esa efectividad, mientras que el denominador lo hace del coste global del servicio.<sup>11</sup>

La fórmula porteriana de valor se puede sintetizar, pues, de la siguiente forma:

Figura 1. Fórmula de valor de Michael Porter

$$\text{Valor de la actividad sanitaria} = \frac{\text{Efectividad clínica i/o percepción de los pacientes}}{\text{Costes globales de los servicios}}$$

A pesar de los avances en el plano teórico, si centramos la atención en la fórmula porteriana de valor y empezamos por el numerador, nos damos cuenta de que en los cuadros de mando de las instituciones sanitarias raramente se recoge ninguna medida de la efectividad clínica a medio y largo plazo y, mucho menos, ningún indicador de percepción reportado por los pacientes (PREM y PROM) y, en cuanto al denominador, a pesar de detectarse muchas iniciativas para estabilizar modelos de análisis de costes de los procesos clínicos, tampoco se detecta ningún sistema sanitario, salvo el australiano,<sup>12</sup> que lo haya conseguido.

Destacar como ejemplo de la desorientación de los marcos evaluativos en relación al valor, la revisión que el propio Michael Porter y colaboradores hicieron de los 1.958 indicadores de National Quality Measures Clearinghouse (NQMC) de la agencia de calidad norteamericana (AHQR), de la que concluyeron que sólo 139, el 7%, medían resultados, mientras que el resto de los indicadores, el 93%, se concentraban en temas de actividad, procesos y costes.<sup>13</sup>

Inspirados por este último trabajo de Michael Porter, hemos revisado 2.130 indicadores de 14 plataformas evaluadoras de la actividad sanitaria que ofrecen datos en abierto, entre ellos *Health at a Glance* que muestra información sanitaria de los 37 países miembros del OCDE, dos fuentes catalanas (Central de Resultados de AQuAS y MSIQ del CatSalut), una de ámbito madrileño (Observatorio de SERMAS), tres de ámbito español (AtlasVPM, Top20 y TopValue), una francesa (ScopeSanté), dos inglesas (Fingertips y Care Quality Commission), tres estadounidenses (US News, Leapfrog Hospital Safety Grade y Lown Institute Hospitals Index) y una australiana (MyHospitals).

Las plataformas seleccionadas cubren un amplio abanico de intereses por parte de sus promotores, algunas de ellas son de iniciativa gubernamental, otras privadas y otras independientes. Por su parte, la OCDE tiene por objeto el análisis de los sistemas sanitarios de sus países asociados desde varios ángulos, los atlas VPM van en busca de las variaciones de la práctica clínica, mientras que el resto de las plataformas focalizan sus indicadores en el funcionamiento de las organizaciones sanitarias.

Con el fin de estructurar el análisis de las catorce fuentes evaluativas seleccionadas, se ha elaborado una horquilla de cuatro categorías, más amplia que la binaria “outcomes sí/no” de la revisión porteriana, y esto se ha hecho de acuerdo con los criterios expuestos en la siguiente tabla.

Tabla 1. Sistema de clasificación de indicadores de evaluación

<b>Código</b>	<b>Tipo de indicador</b>	<b>Descripción</b>
0	<b>Outputs sin relación con resultados</b>	Indicadores que no miden resultados de la actividad sanitaria, como por ejemplo, el estado de la salud poblacional, la actividad asistencial, los costes de las estructuras, las listas de espera, la calidad de los procesos o las finanzas.
1	<b>Outcomes de percepción de los pacientes</b>	Se incluye la información tradicional de satisfacción de los pacientes recogida mediante encuestas o bien de PREM y PROM, unos indicadores que miden la experiencia de los pacientes o la percepción que las personas tienen de los resultados a medio y largo plazo de los procesos clínicos que les afectan. Todos los indicadores de este grupo deben haber sido explicados por los pacientes mediante escalas de calidad de vida, entrevistas, encuestas o grupos focales.
2	<b>Outcomes de efectividad y seguridad de los pacientes</b>	Se recogen los indicadores de supervivencia, mortalidad o complicaciones a medio y largo plazo. En los informes de investigación, se han incluido los indicadores de efectividad específicos, como el número de start-ups o de patentes. También se agrupan indicadores de seguridad de los pacientes, como por ejemplo: complicaciones postoperatorias, infecciones nosocomiales, prevención de caídas, de úlceras de decúbito o de delirio o bien lagunas en la comunicación entre los profesionales y los pacientes y familiares.
3	<b>Indicadores de adecuación</b>	Estos indicadores tienen en cuenta acciones analizadas en clave de uso apropiado de los recursos, lo que no deja de ser una aproximación al concepto de valor. Valgan como ejemplo de indicadores de adecuación, las hospitalizaciones potencialmente evitables, los reingresos relacionados clínicamente, el uso de las urgencias por parte de pacientes en triaje 4/5, las intervenciones quirúrgicas de dudoso valor, las decisiones compartidas, los procesos de co-diseño, las iniciativas para prevenir el burnout de los profesionales, etc. Para los informes de investigación, se han considerado indicadores de adecuación específicos como las subvenciones conseguidas.



# Revisión de 14 marcos evaluativos

## 1. OECD Health Statistics

La OCDE<sup>14</sup> dispone de una plataforma construida a partir de los datos de los sistemas de salud de sus países miembros, una fuente muy útil para conocer información sobre el estado de salud de las poblaciones, los determinantes de la salud, los recursos sanitarios, las actividades asistenciales, la calidad de las prestaciones, el gasto sanitario y la financiación de las naciones más avanzadas del mundo. Con todos los datos que recoge, la OCDE publica cada año el informe *Health at a Glance*, con una pauta bianual, un año de ámbito europeo y el otro mundial.

Tabla 2. Clasificación de los 464 indicadores de la OCDE

Categoría	N	%
0. Outputs sin relación con resultados	265	57,1%
2. Outcomes de efectividad y seguridad del paciente	169	36,4%
3. Indicadores de adecuación	15	3,2%
1. Outcomes de percepción de los pacientes	15	3,2%
<b>Total</b>	<b>464</b>	<b>100%</b>

Como se observa en la tabla 2, más de la mitad de los indicadores de la OCDE no están relacionados con resultados. Sin embargo, cabe destacar que un tercio de los indicadores corresponden a outcomes de efectividad y seguridad del paciente, pero desgraciadamente sólo quince miden la salud percibida por las personas.

## 2. Central de Resultados del Observatorio del Sistema de Salud de Catalunya

AQuAS, mediante la Central de Resultados<sup>15</sup> del Observatorio del Sistema de Salud de Catalunya, publica en abierto una batería de indicadores del sistema público de salud en nueve informes: ámbito hospitalario, atención primaria, ámbito sociosanitario, salud mental y adicciones, territorial, salud pública, ámbito de emergencias médicas, ámbito de formación sanitaria especializada e investigación en ciencias de la salud.

Tabla 3. Clasificación de los 373 indicadores de la Central de Resultados de AQuAS

Categoría	N	%
0. Outputs sin relación con resultados	162	43,4%
3. Indicadores de adecuación	132	35,4%
2. Outcomes de efectividad y seguridad de los pacientes	53	14,2%
1. Outcomes de percepción de los pacientes	26	7,0%
<b>Total</b>	<b>373</b>	<b>100%</b>

En la revisión de los informes de la Central de Resultados se ha observado que más del 40% de sus indicadores son de estructura, actividad o eficiencia y no están, por tanto, relacionados con los resultados en salud. Del resto de indicadores, cabe destacar que

más de un tercio van dirigidos a medir la adecuación en el uso de los recursos y, con una presencia muy inferior, existen medidas de efectividad clínica y de seguridad de los pacientes. Cabe remarcar que sólo el 7% de los indicadores miden la salud percibida por las personas. La Central de Resultados fue una iniciativa del AQuAS que generó mucha expectativa en 2011, pero desgraciadamente detuvo sus publicaciones en 2018.

### 3. MSIQ - Módulos para el Seguimiento de Indicadores de Calidad

MSIQ es una iniciativa del CatSalut que tiene por finalidad la evaluación, gestión y monitorización de aspectos importantes de la calidad de la asistencia sanitaria financiada por el sistema público. Está orientada a ofrecer elementos para la negociación de los financiadores con las organizaciones proveedoras de servicios. Sin embargo, su influencia real en las contrataciones es poco relevante.

Tabla 4. Clasificación de los 144 indicadores de MSIQ

Categoría	N	%
3. Indicadores de adecuación	65	45,1%
0. Outputs sin relación con resultados	38	26,4%
2. Outcomes de efectividad y seguridad de los pacientes	24	16,7%
1. Outcomes de percepción de los pacientes	17	11,8%
<b>Total</b>	<b>144</b>	<b>100%</b>

El CatSalut, mediante MSIQ, pone mucho esfuerzo en evaluar la adecuación en el uso de los recursos, sin olvidar que destina algo más de una cuarta parte de los indicadores a evaluar la efectividad (mortalidad), la seguridad y la percepción de los pacientes.

### 4. Observatorio de Resultados del Servicio Madrileño de Salud

El Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), mediante su Observatorio de Resultados,<sup>16</sup> publica en abierto una batería de indicadores del sistema público de salud de la Comunidad de Madrid en cuatro apartados: estado de salud de la población, atención primaria, atención hospitalaria y emergencias.

Tabla 5. Clasificación de los 335 indicadores del Observatorio de Resultados del SERMAS

Categoría	N	%
0. Outputs sin relación con resultados	239	71,3%
2. Outcomes de efectividad y seguridad de los pacientes	58	17,3%
1. Outcomes de percepción de los pacientes	34	10,2%
3. Indicadores de adecuación	4	1,2%
<b>Total</b>	<b>335</b>	<b>100%</b>

Casi tres de cada cuatro indicadores del SERMAS no están relacionados con los resultados. Sin embargo, hay que aclarar que buena parte (166) corresponden al informe de estado de salud de la población, una información relevante, pero que corresponde a un

ámbito de determinantes de la salud y no de evaluación de servicios sanitarios. El resto de los indicadores corresponden a efectividad clínica, satisfacción de los pacientes y adecuación, y sólo un 10,2% de ellos pueden considerarse outcomes de percepción. La última actualización de los informes de atención primaria y de los hospitales del SERMAS es del período 2017-2019.

## 5. Atlas de Variación en la Práctica Médica

Los Atlas de Variación en la Práctica Médica (VPM)<sup>17</sup> son una iniciativa del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud cuya finalidad es publicar información valiosa para la investigación en servicios y políticas sanitarias. Su objetivo específico es abordar el análisis de las variaciones sistemáticas en el uso de recursos sanitarios desde la perspectiva de la organización territorial y administrativa del sistema sanitario español. En sus análisis, los promotores de VPM utilizan una metodología epidemiológica, a menudo de base poblacional y abarcan un espectro amplio de las actividades clínicas relacionadas con las patologías más frecuentes. De todos los atlas, hemos revisado los 10 más actualizados.

Tabla 6. Clasificación de 70 indicadores de 10 atlas de VPM

Categoría	N	%
3. Indicadores de adecuación	58	82,8%
2. Outcomes de efectividad y seguridad de los pacientes	12	17,2%
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100%</b>

De la tabla de los atlas VPM, se observa una clara focalización de esta fuente en analizar la adecuación en el uso de los servicios públicos de salud.

## 6. Top 20 de IQVIA

Con más de 20 años de historia, Hospitales Top 20<sup>18</sup> es el benchmarking de referencia en el entorno sanitario español. A lo largo de los años, esta iniciativa privada ha contado con la participación de más de 250 hospitales (públicos y privados) y, de acuerdo con las reglas establecidas, los hospitales que se apuntan al concurso saben que van a competir con datos, ajustados por riesgo, de calidad (mortalidad, complicaciones y readmisiones), eficiencia (estancias, productividad y costes) y adecuación (cirugía ambulatoria e ingresos potencialmente evitables).

Tabla 7. Clasificación de los 8 indicadores del Top 20 de IQVIA

Categoría	N	%
0. Outputs sin relación con resultados	3	37,5%
3. Indicadores de adecuación	3	37,5%
2. Outcomes de efectividad y seguridad de los pacientes	2	25,0%
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>

## 7. Top Value de IQVIA

El nuevo marco evaluativo propuesto por Top Value está orientado al valor de la salud que IQVIA propone y para el que cuenta con su amplia experiencia en los Top 20. Top Value se fundamenta en 4 dimensiones que abarcan los grandes ejes de la ASBV y los descomponen posteriormente en un conjunto de bloques individuales de evaluación (figura 2).

Figura 2. Marco evaluativo del Top Value de IQVIA



Tabla 8. Clasificación de los 11 indicadores del Top Value de IQVIA

Categoría	N	%
3. Indicadores de adecuación	9	81,8%
1. Outcomes de percepción de los pacientes	2	18,2%
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100%</b>

La mayoría de los indicadores empleados por Top Value se pueden considerar de adecuación de modelos organizativos, de prácticas clínicas y de sistemas de financiación basados en el valor, mientras que dos de ellos se destinan a PREM y PROM y, por tanto, corresponden a outcomes de percepción.

## 8. ScopeSanté

ScopeSanté<sup>19</sup> es una web de la Haute Autorité de Santé (HAS) francesa que tiene como finalidad ayudar a los pacientes a escoger el centro sanitario mediante el acceso a información relevante de todos los hospitales del país.

Tabla 9. Clasificación de los 255 indicadores de ScopeSanté

Categoría	N	%
0. Outputs sin relación con resultados	140	54,9%
3. Indicadores de adecuación	76	29,8%
1. Outcomes de percepción de los pacientes	21	8,2%
2. Outcomes de efectividad y seguridad de los pacientes	18	7,1%
<b>Total</b>	<b>255</b>	<b>100%</b>

Aunque la web va dirigida directamente a la ciudadanía, es curioso que más de la mitad de los indicadores no estén relacionados con resultados. Del resto, los más representados son los de adecuación y, con menor presencia, existen indicadores de satisfacción y percepción de los pacientes.

### 9. Fingertips

Fingertips<sup>20</sup> es una web del gobierno inglés que ofrece acceso en abierto a una extensa fuente de indicadores sobre una gran variedad de temas de salud y bienestar de ese país. Fingertips organiza los datos en perfiles temáticos que, en su día, se diseñaron para apoyar a la Joint Strategic Needs Assessment (JSNA). Ante la complejidad de la fuente, se ha optado por llevar a cabo sólo la revisión del perfil de la salud pública, Public Health Outcomes Framework (PHOF).

Tabla 10. Clasificación de los 178 indicadores de PHOF de Fingertips

Categoría	N	%
3. Indicadores de adecuación	76	42,7%
2. Indicadores de efectividad y seguridad de los pacientes	50	28,1%
0. Outputs sin relación con resultados	48	27,0%
1. Outcomes de percepción de los pacientes	4	2,2%
<b>Total</b>	<b>178</b>	<b>100%</b>

Fingertips es un marco evaluativo con una visión comunitaria muy interesante, que hace hincapié en la adecuación en el uso de recursos, pero también en los resultados, desde la óptica de detectar desigualdades en salud en los colectivos en situación de vulnerabilidad.

### 10. Care Quality Commission (CQC)

CQC<sup>21</sup> 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.

Tabla 11. Clasificación de los 189 indicadores de CQC

Categoría	N	%
3. Indicadores de adecuación	85	45,0%
1. Outcomes de percepción de los pacientes	59	31,2%
2. Indicadores de efectividad y seguridad de los pacientes	45	23,8%
<b>Total</b>	<b>189</b>	<b>100%</b>

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 y, para facilitar su interpretación, utilizan una escala de color semafórica (ratings) e indicadores de mejora de los servicios.

Figura 3. Significado de los iconos de CQC

### Inspection ratings

We rate most services according to how safe, effective, caring, responsive and well-led they are, using four levels:

- Outstanding** — the service performing exceptionally well.
- Good** — the service performing well and meeting our expectations.
- Requires improvement** — the service isn't performing as well as it should and we have told the service how must improve.
- Inadequate** — the service performing badly and we've taken enforcement action against the provider of the service.
- No rating/under appeal/rating suspended** — there are some services which we can't rate, while some might be under appeal from the provider. Suspended ratings are being reviewed by us and will be published soon.

### Ticks and crosses

We don't rate every type of service. For services we haven't rated we use ticks and crosses to show whether we've asked them to take further action or taken enforcement action against them

- There's no need for the service to take further action.**  
If this service has not had a CQC inspection since it registered with us, our judgement may be based on our assessment of declarations and evidence supplied by the service.
- The service must take improvements.**
- At least one standard in this area was not being met when we inspected the service and we have taken **enforcement action**.

[> More about services we haven't rated](#)

## 11. Leapfrog Hospital Safety Grade

Leapfrog Hospital Safety Grade (LHSG)<sup>22</sup> es un servicio de datos hospitalarios generado por la organización independiente y sin ánimo de lucro The Leapfrog Group con el fin de informar a la ciudadanía, de forma directa y clara, sobre el nivel de seguridad de los hospitales estadounidenses. En la iniciativa participan 2.300 hospitales de forma voluntaria y gratuita, los cuales reciben, a cambio, una calificación global en cinco posibles categorías y una valoración detallada en 32 indicadores. Como cabe esperar, el 100% de los indicadores de LHSG son de efectividad y seguridad de los pacientes.

## 12. US News Best Hospitals

El número de hospitales participantes en el concurso US News Best Hospitals<sup>23</sup> se acerca a los 5.000, pero sólo 18 son escogidos en “The Honor Roll”. Para este benchmarking se elabora un índice que se compone de un 32,5% de reputación, de acuerdo con una encuesta realizada entre médicos (nivel 0 en nuestra clasificación), un 32,5% de mortalidad (categoría 2 efectividad) y un 35% de indicadores diversos de eficiencia, calidad y seguridad clínica.

## 13. Lown Institute Hospitals Index

Lown Institute es una organización independiente promotora de Right Care Alliance que lidera Lown Institute Hospitals Index (LIHI),<sup>24</sup> 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.

Tabla 12. Clasificación de los 42 indicadores de LIHI

Categoría	N	%
3. Indicadores de adecuación	16	38,1%
2. Outcomes de efectividad y seguridad de los pacientes	15	35,7%
1. Outcomes de percepción de los pacientes	11	26,2%
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100%</b>

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 hemos categorizado como de adecuación.

## 14. MyHospitals

MyHospitals<sup>25</sup> es una página web del gobierno australiano, al estilo ScopeSanté, que fue creada en 2010 para garantizar que la ciudadanía tenga un acceso fácil a información relevante sobre los 759 hospitales públicos y 153 privados del país.

Tabla 13. Clasificación de los 29 indicadores de MyHospitals

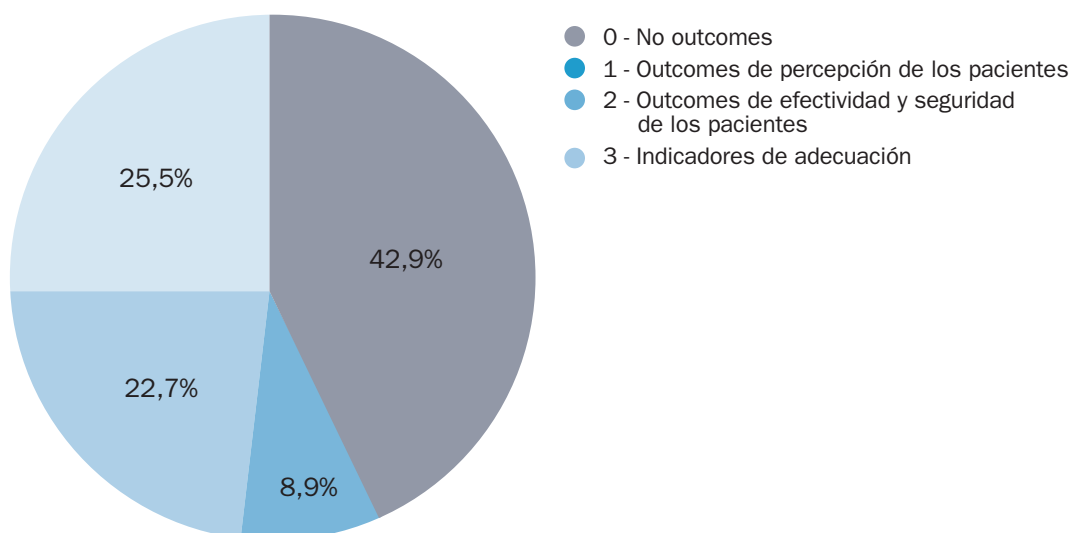
Categoría	N	%
0. Outputs sin relación con resultados	19	65,5%
3. Indicadores de adecuación	6	20,7%
2. Outcomes de efectividad y seguridad de los pacientes	4	13,8%
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>100%</b>

Como se observa en la tabla, sólo un tercio de los indicadores de MyHospitals miden adecuación, efectividad y seguridad de los pacientes.

## Resumen de los principales hallazgos de la revisión de los marcos evaluativos

La revisión final se ha realizado con 13 de las 14 fuentes, ya que de US News Best Hospitals no se han podido extraer los indicadores al nivel de segregación requerido para este análisis. Una vez establecida la selección de plataformas, 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%.

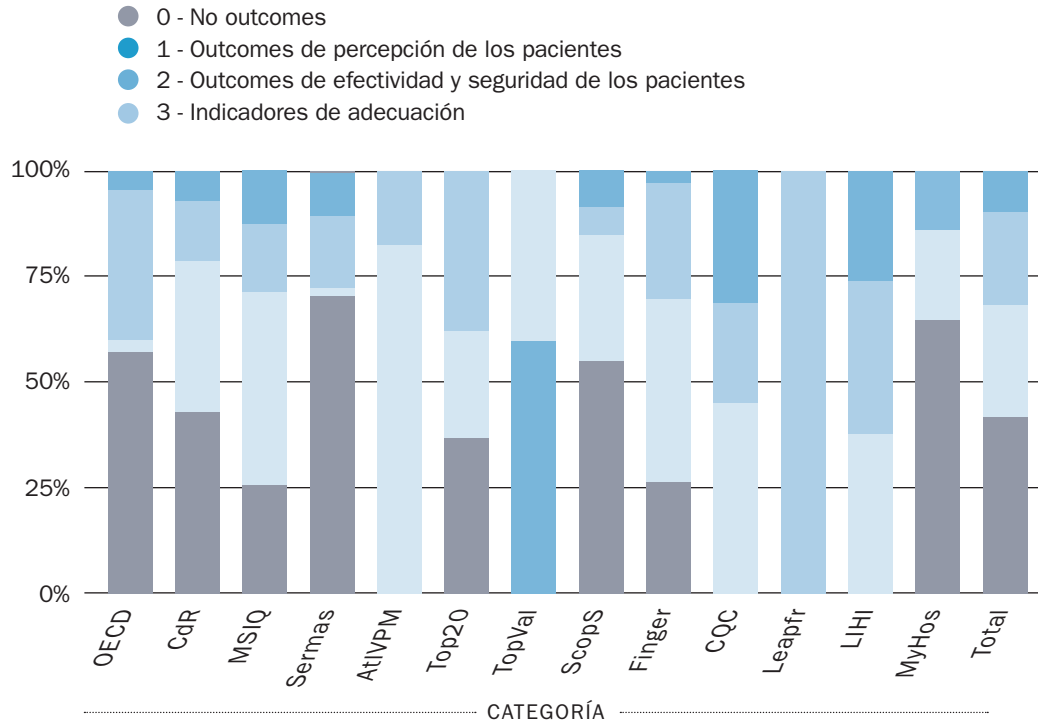
Figura 4. Frecuencia relativa del tipo de indicadores de evaluación



En resumen, el grado de desenfoque 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.



Figura 5. Distribución por tipos de indicador y marco evaluativo



# ¿Cuáles son los modelos vigentes de pago de servicios sanitarios?

En el universo de los modelos de pago de los servicios sanitarios,<sup>26-27-28-29-30-31-32</sup> los más frecuentes se caracterizan por el pago por acto (fee-for-service) en el entorno privado y por el presupuesto en el entorno público. Sin embargo, hay algunas iniciativas que pretenden corregir las desviaciones y limitaciones de estos dos sistemas. De todas ellas hemos escogido cuatro: el pago por episodio (bundled payment), el pago variable por resultados (pay-for-performance), el pago per cápita (global payment) y el pago de la integración de servicios para atender a personas con necesidades sociales y sanitarias complejas, de las que hemos realizado una revisión de su implantación en el mundo real y de la evidencia de sus resultados.

Por otra parte, la carencia a nivel mundial de un modelo estandarizado de análisis de costes de los procesos clínicos facilita la arbitrariedad de las tarifas de cualquiera de los modelos de pago de los servicios sanitarios e, incluso, hace que los sistemas que se acogen al presupuesto público, como el nuestro, deban basar sus estimaciones en las consolidaciones históricas, sin posibilidad alguna de ajustar las partidas a la idoneidad de las actividades clínicas ni a su eficiencia. En este desierto de datos homologados sobre costes de los procesos clínicos, cabe mencionar las aportaciones de Australia, un país que, mediante la creación de una agencia independiente, la Independent Hospital Pricing Authority (IHPA),<sup>33</sup> ha ido normativizando la recogida de datos, ha ido generando sistemas de ajuste y ha obtenido tablas de costes verosímiles que les ha permitido perfilar tarifas que promueven el valor de la actividad clínica y, por el contrario, penalizan la fragmentación y excesos. Aunque de forma más sectorial, en Europa se detecta la iniciativa EVIDEM<sup>34</sup> que promueve el uso del análisis multivariante para el establecimiento de precios y para la modelización de la financiación de las innovaciones farmacéuticas.

## Pago por acto (fee-for-service) y prospectivo

El pago de las hospitalizaciones tuvo que cambiar el objeto de la medida que en todas partes, en Cataluña también, era la estancia, un modelo demasiado limitado, por uno más global: el episodio de hospitalización. Por este motivo, el gobierno federal estadounidense promovió la creación de los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD), mediante una investigación que llevó al equipo de Robert Fetter a revisar miles de historias clínicas con el fin de obtener un modelo de catalogación de la producción hospitalaria basado en el isoconsumo de recursos, siempre que siguiera una cierta lógica clínica. Los GRD se publicaron en 1980<sup>35</sup> y muy pronto, en 1983, ya se habían estabilizado lo suficiente como para que Medicare implantara un sistema de pago prospectivo en los hospitales basado en la nueva catalogación. O sea, que la aseguradora pública estadounidense no sólo pagaría por la actividad realizada, sino que comenzaba una nueva etapa en la que las tarifas hospitalarias se ajustarían en función de la complejidad de la casuística observada.

El pago por acto de los hospitales, que hasta entonces se basaba en el número de estancias multiplicado por la tarifa que cada hospital aplicaba a la estancia, con el añadido de una lista de servicios complementarios fuera de la tarifa, evolucionó, pues, hacia

un pago prospectivo que atribuye una complejidad al episodio de hospitalización mediante un algoritmo que se alimenta de datos que caracterizan al paciente, además de los diagnósticos y procedimientos previsibles, lo que categoriza el episodio y le otorga un peso relativo estimado en estudios estadísticos previos de consumo de recursos dentro de cada categoría. Los GRD revolucionaron el pago por acto de las hospitalizaciones y le otorgaron un grado de refinamiento tan alabado que dio la vuelta al mundo y llegó también a Cataluña y, un tiempo más tarde, en 1997, CatSalut lo adoptó.

Empujados por esta dinámica, ha habido diversas iniciativas para catalogar la actividad clínica desde una perspectiva poblacional, más allá del simple episodio de hospitalización, de las que cabe mencionar los Ambulatory Care Groups o Adjusted Clinical Groups (ACG),<sup>36</sup> un instrumento de catalogación de la actividad ambulatoria liderado por Barbara Starfield en Johns Hopkins; Clinical Risk Groups (CRG), un sistema que fue desarrollado por Richard Averill en 3M-HIS y que ha sido probado y evaluado en Cataluña.<sup>37</sup> En esta relación hay que considerar también a los grupos de morbilidad ajustados (GMA),<sup>38</sup> un agrupador de morbilidad adaptado a nuestro entorno desarrollado por David Monterde y colaboradores del Departamento de Salud, el CatSalut y el Instituto Catalán de la Salud. Sin embargo, ninguno de estos agrupadores ha conseguido evolucionar hacia la modelización de pagos basados en el riesgo y la complejidad, como en su día lo hicieron los GRD, algo que hay que lamentar, ya que habrían podido introducir elementos de transversalidad y habrían podido incentivar la coordinación entre niveles asistenciales.

## Presupuesto público

Los presupuestos son un instrumento contable que garantiza que los gastos se ajusten a los ingresos. Se trata de una herramienta universal útil, pero limitada, por lo que la mayoría de las empresas la complementan con otros métodos de análisis económico-financiero más refinados. En la función pública, incomprensiblemente, la contabilidad presupuestaria ocupa una posición hegemónica, lo que hace que parezca que a la Administración no le preocupe que las partidas contables estén alejadas de la realidad de los gastos que pretenden controlar. Por ejemplo, el capítulo 1, el de personal, consolida plantillas, al margen de su rendimiento, mientras que el capítulo 2 realiza el seguimiento de los gastos en bienes y servicios, sin tener en cuenta su funcionalidad ni su rendimiento y, por otra parte, las inversiones vienen marcadas por estrategias políticas que a menudo no encajan con las necesidades locales.

Por poner un ejemplo de la desconexión que los presupuestos públicos tienen de la realidad, basta con observar el diferencial entre el presupuesto del Departamento de Salud y su ejecución. En 2019, el presupuesto inicial fue de 9.615 M€ y su liquidación de 10.530 M€, mientras que el presupuesto inicial de 2020 fue de 9.716 M€, 814 millones por debajo del gasto real del ejercicio anterior.<sup>39</sup> En este marco presupuestario deslizante, el control presupuestario se posiciona lejos de las exigencias de la gestión de las organizaciones sanitarias y, en lo que se refiere a los gestores, saben que en estos escenarios presupuestarios, cualquier iniciativa que genere ahorros o ingresos, irá a paliar el déficit estructural y, por tanto, la institución no recogerá nunca los beneficios del esfuerzo.

## Pago por episodio (bundled payment)

El pago por episodio es una modalidad de pago basado en los procesos asistenciales, un formato que puede implicar a uno o más proveedores y que se vincula a la medida de un resultado acordado entre la compra y la provisión con el objetivo de mejorar el valor de la atención sanitaria recibida por cada paciente. El precio de un servicio agrupado cubre toda la atención necesaria del episodio y, por tanto, todos sus costes, incluidos los derivados de las complicaciones más habituales, a excepción de las situaciones catastróficas. Convencionalmente podemos llamarlo pago por episodio, a pesar de la dificultad técnica de su medida.

La vinculación con los resultados acordados entre las partes es el componente que hace de los servicios agrupados por episodios un sistema de pago por valor. Por ejemplo, se puede asociar cumplimiento de objetivos a la recuperación funcional del paciente o a una reducción de reingresos y, para evitar la selección adversa, suelen utilizarse sistemas de ajuste de riesgo que miden la complejidad de la casuística. El pago por episodio se ha aplicado a la gestión de procesos agudos y crónicos, tanto en la atención primaria como en la hospitalaria.

Tabla 14. Evaluación de experiencias identificadas de pago por episodio

Experiencia	País (años)	Ámbito de aplicación	Resultado obtenido
Heart Bypass Demonstration <sup>40</sup>	EE.UU. (1991-1996)	Bypass coronario incluyendo todos los servicios hospitalarios y 90 días de servicios post-alta en 7 hospitales.	Ahorro del 10% Reducción de mortalidad Mayor satisfacción del paciente
Enfermedades crónicas prevalentes <sup>41</sup>	Países Bajos (2007)	Diabetes tipo 2, EPOC y riesgo cardiovascular.	Desconocido
Procedimientos quirúrgicos <sup>42</sup>	Suecia (2009-2011)	Prótesis de cadera y rodilla en el condado de Estocolmo.	Reducción de costes del 17%, 33% menos complicaciones
Acute Care Episode Program <sup>43</sup>	EE.UU. (2009-2011)	Tarifa plana por diversos procesos cardiológicos y ortopédicos de Medicare.	Ahorro del 3,1%
Bundled Payments for Care Improvement <sup>44</sup>	EE.UU. (2011)	Programa voluntario de Medicare para 24 condiciones médicas y 24 quirúrgicas.	Desconocido
Comprehensive Care for Joint Replacement Model <sup>45</sup>	EE.UU. (2016-2021)	Prótesis de cadera y rodilla en 800 hospitales de Medicare.	Desconocido

Cuando se agrupan servicios, es necesario aclarar cuál es el objeto de la medida, de la que hay tres bien diferentes: a) servicios de base poblacional, como los que van asociados al protocolo de actividades preventivas y de promoción de la salud en la edad pediátrica o bien en personas adultas con riesgo cardiovascular; b) procesos clínicos transversales entre niveles asistenciales, como serían los atribuibles a personas con enfermedades crónicas, degenerativas u oncológicas; o c) procesos de cariz agudo que tienen claramente un principio y un final como la mayoría de los procedimientos quirúrgicos programados.

Muchas aseguradoras americanas están intentando superar el pago por acto con la catalogación de procesos clínicos desde una perspectiva ambulatoria, lo que les permite introducir evaluación de resultados clínicos esperables y un pago prospectivo ajustado que estarían en la órbita de los pagos por episodio. Son ejemplo de ello los Episode Risk Groups (ERG)<sup>46</sup> utilizados por la aseguradora AETNA como un modelo de evaluación de la eficiencia y adecuación de las actividades clínicas de los especialistas, además de un ajuste para el pago de sus servicios.<sup>47</sup>

Bien aplicado, el pago por episodio introduce incentivos a la eficiencia y la efectividad clínica, espoleando a los proveedores a buscar modelos innovadores de atención integrada y multidisciplinar, como por ejemplo las unidades clínicas de práctica integrada (IPU) promovidas por Michael Porter y colaboradores.<sup>48</sup>

Tabla 15. Revisión sistemática identificada sobre modelos de pago por episodio (bundled payment)

Autores	Metodología	Resultados
Agarwal et al., 2020 <sup>49</sup>	Revisión sistemática (20 estudios)	La calidad de los servicios se mantiene o mejora y los costes se reducen en prótesis de rodilla pero no para otras condiciones o procedimientos.

## Pago variable por resultados (pay-for-performance)

El pago variable por resultados aplicado a una parte del contrato de prestación de servicios es una práctica muy extendida, ya que es una forma de incluir parámetros de calidad en los contratos sin tener que realizar cambios importantes. Que esta modalidad de pago sea considerada como pago de valor depende exclusivamente del tipo de objetivos que se fijen y de las métricas empleadas.<sup>50</sup>

### El pago variable por resultados en Estados Unidos

El Hospital Value-Based Purchasing (HVBP) del CMS (Medicare y Medicaid) es un modelo que introduce incentivos a los proveedores en relación con la obtención de objetivos de calidad asistencial, eficiencia, seguridad y experiencia del paciente.<sup>51</sup> En el lado privado, Blue Cross Blue Shield de Michigan ha desplegado el Hospital Pay-for-Performance Program<sup>52</sup> con un 5% de pago variable en función de los resultados acordados. En este entorno, Collaborative Quality Initiatives (CQI) es una plataforma que facilita que los hospitales y los médicos compartan datos y negocien objetivos.<sup>53</sup> CQI aporta mejoras a la calidad de la asistencia sanitaria mediante un feedback sobre el rendimiento, la identificación de las prácticas valiosas y el aprendizaje colaborativo.<sup>54</sup> Physician Group Incentive Program (PGIP), también en Michigan, es un programa comparable a CQI, pero destinado a la consecución de objetivos y pagos variables para grupos de médicos. PGIP aplica un modelo de reembolso de fee-for-value en vez del modelo tradicional de fee-for-service, lo que es una gran novedad en el entorno estadounidense.

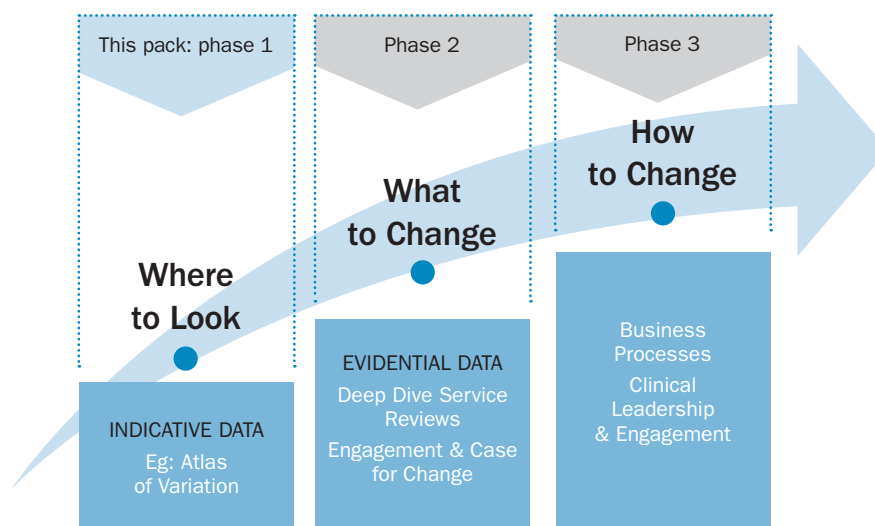
### El pago variable por resultados en Inglaterra

En el NHS inglés llevan más de diez años promoviendo el pago variable por resultados,<sup>55</sup> mediante la Commissioning for Quality and Innovation (CQUIN), una iniciativa creada en 2012 con un despliegue territorial bastante extendido y la participación de muchos profesionales de la clínica en grupos denominados Clinical Commissioning Groups

(CCG) cuya finalidad es la definición colaborativa de objetivos clínicamente valiosos para incorporarlos a las partes variables de los contratos entre el NHS y los proveedores de servicios.<sup>56-57</sup> Este modelo inglés es bastante parecido a los acuerdos de los objetivos de la parte variable de los contratos del CatSalut con los proveedores sanitarios, con la diferencia de que allí los clínicos, incorporados a los CCG, tienen una gran influencia sobre la definición de objetivos relevantes.

En este marco inglés, Commissioning for value, una estrategia de los CCG, pretende ir más allá del simple cumplimiento de objetivos para obtener una parte variable del contrato y, por ello, despliega estrategias para distribuir la financiación del NHS de forma más valiosa, con un planteamiento transparente que sigue los siguientes pasos: a) observa las variaciones de la práctica clínica, b) analiza los factores que las generan y c) determina cómo se pueden combatir las variaciones observadas, mediante un replanteamiento de la distribución de recursos, incentivando las acciones valiosas o, por el contrario, desincentivando las que no se desean.

Figura 6. Fases del Commissioning for value



Fieles a esta línea, en los últimos diez años, los CCG han evolucionado el modelo y, para el presupuesto 2021/22, ya han logrado definir tarifas de buenas prácticas “Best Practices Tariffs” (BPT) para 21 procesos clínicos, en los que los CCG pueden activar unas tarifas más elevadas si los proveedores obtienen los resultados requeridos y, por el contrario, pueden aplicar tarifas por debajo de las convencionales, si detectan desviaciones negativas.

Otra iniciativa inglesa, aún más sofisticada que BPT, es “Getting It Right First Time (GIRFT)”, liderada por Tim Briggs, director del programa de mejora clínica del NHS. GIRFT es un proyecto diseñado para potenciar las buenas prácticas con el despliegue de revisiones en profundidad, tanto de los resultados como de las formas de trabajar, un proyecto que cuenta con el apoyo de colegios y asociaciones profesionales. Por poner un ejemplo de su enfoque, en el informe sobre la calidad de la cirugía ortopédica, GIRFT ha sacado a la luz algunos datos intrigantes, como que el 24% de los cirujanos que operan prótesis de cadera, el 73% de los que intervienen artroplastias unicompartimentales de rodilla o el

80% de los que realizan revisiones de prótesis de rodilla, sólo hacen diez o menos cada año. Se trata de un problema estructural que afecta a la calidad de los procesos clínicos, sobre el que GIRFT actúa yendo más allá de los incentivos o desincentivos económicos. En sus inicios, GIRFT comenzó con procedimientos ortopédicos, no en vano Tim Briggs es traumatólogo, pero después de demostrar que la iniciativa fue capaz de introducir mejoras valiosas y generar ahorros, se extendió a una amplia gama de la casuística.

CCG y GIRFT van en la misma dirección, la de dar señales inequívocas a los clínicos, y a sus organizaciones, sobre cuál es el camino de la mejora de los servicios, pero la diferencia es que los primeros hacen hincapié en la financiación, mientras que los segundos implican y buscan soluciones razonadas y efectivas para cada grupo clínico y para cada organización sanitaria.

### **Pago por resultados de medicamentos entre la industria y los proveedores sanitarios**

Dentro del marco del pago por resultados, se han desarrollado diversas iniciativas vinculadas a la financiación de nuevos fármacos de alto impacto a través de acuerdos innovadores entre la industria que produce el fármaco y la organización que provee el servicio, como los esquemas de pago por resultados (EPR) o performance-based risk-sharing arrangements (PBRSA),<sup>58</sup> unos instrumentos indicados cuando las incertidumbres en el momento de la comercialización son elevadas, lo que dificulta establecer el valor terapéutico en condiciones de práctica real. Estas incertidumbres pueden ser respecto a la efectividad, la seguridad o la relación coste-efectividad. En Cataluña se inició el uso de estos mecanismos en 2011 en el ICO y, a partir de ésta y otras experiencias, CatSalut lo ha hecho sistémico para el SISCAT, y se ha incorporado a la contratación de medicación hospitalaria de dispensación ambulatoria (MHDA). Profesionales vinculados al ICO han evaluado algunos de estos acuerdos innovadores obteniendo resultados positivos.<sup>59-60-61-62</sup>

Tabla 16. Revisiones sistemáticas y estudios de caso-control identificados sobre pago variable por resultados (pay-for-performance)

<b>Autores</b>	<b>Metodología</b>	<b>Resultados</b>
Hong <i>et al.</i> , 2020 <sup>63</sup>	Revisión sistemática (33 estudios)	La calidad asistencial y los resultados clínicos no mejoran de forma significativa y afecta negativamente a los hospitales “safety-net”.
Ryan <i>et al.</i> , 2017 <sup>64</sup>	Estudio casos control	Los procesos clínicos y la experiencia del paciente no fueron significativamente mejores. Se ha encontrado asociación positiva con la mortalidad por neumonía, pero no por infarto agudo de miocardio o insuficiencia cardíaca.
Mathes <i>et al.</i> , 2019 <sup>65</sup>	Revisión sistemática (27 estudios)	La mayoría de los estudios no muestran un impacto significativo en la calidad de la atención sanitaria, el uso de recursos ni en la equidad. Las sanciones parecen ser algo más efectivas que las bonificaciones. Los pagos para alcanzar un determinado nivel de calidad parecen ser ligeramente más efectivos que los pagos que compensan la mejora de la calidad relativa a años anteriores.
Kim <i>et al.</i> , 2020 <sup>66</sup>	Revisión sistemática (22 estudios)	Los programas P4P con un diseño de penalización podrían ser más efectivos que los programas que utilicen recompensas o una combinación de recompensas y sanciones para mejorar la calidad de la atención quirúrgica.



## Pago per cápita (global payment)

El pago global de base poblacional es el sistema de pago menos agrupado posible y, por tanto, clínicamente integral y adaptado para la gestión de salud poblacional. Por su naturaleza capitativa es el tipo de pago que transfiere un mayor riesgo al proveedor.

**Accountable Care Organizaciones (ACO).** En los EE.UU., CMS ha llevado a cabo diversas iniciativas apostando por el pago global de base poblacional, pero, hoy por hoy, el enfoque de estos proyectos se ha basado principalmente en Accountable Care Organizations (ACO),<sup>67</sup> grupos de médicos, hospitales y otros proveedores de atención clínica que se unen voluntariamente para ofrecer una atención coordinada de alta calidad para sus pacientes.<sup>68</sup> En esta línea, el Shared Savings Program de Medicare ofrece la posibilidad a varios proveedores de agruparse y formar una ACO,<sup>69</sup> que asume la responsabilidad de la calidad y el coste de los procesos clínicos de la población asignada. ACO no es un capitativo alternativo al modelo tradicional de “fee-for-service”, sino que es un acuerdo de Medicare con los diversos proveedores de un mismo territorio que, mediante un incremento en la coordinación, permite compartir los ahorros generados al evitar los excesos de la práctica clínica fragmentada y, para verificar que la reducción de gastos no se ha producido a expensas de la calidad, Medicare analiza 32 indicadores, los cuales, como se observa en la tabla siguiente, en el 78,1% de los casos son de adecuación, mientras que el resto son de satisfacción y seguridad del paciente, pero no existe ninguno de PREM o PROM.

Tabla 17. Clasificación de los 32 indicadores de ACO

Categoría	N	%
3. Indicadores de adecuación	25	78,1%
1. Outcomes de percepción de los pacientes	6	18,7%
2. Indicadores de efectividad y seguridad de los pacientes	1	3,2%
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100%</b>

**Prueba piloto de modelo capitativo en Cataluña.** En 2002, el CatSalut puso en marcha una prueba piloto de pago capitativo en cinco territorios: Alt Maresme-Selva Marítima, Osona, Baix Empordà, Altesbrat (Terra Alta, Ribera d’Ebre y Priorat) y Cerdanya, con un total de casi medio millón de habitantes. La asignación capiativa de base poblacional para los territorios de la prueba piloto se fundamentó en el promedio del gasto corriente sanitario neto por habitante en Cataluña, la cual surgió de deducir del gasto corriente total una serie de conceptos que no se consideraron sujeto de transferencia, como los gastos estructurales, de docencia, de investigación, fondos de desequilibrios territoriales intercomunitarios, cobertura de personas migrantes, fondos de política sanitaria de equilibrio y los que englobaban actividades asistenciales no individualizadas o que se prestan en otros ámbitos territoriales. La asignación estaba modulada por un factor corrector que, teóricamente, debería surgir de la ponderación de los indicadores socioeconómicos, demográficos y de dispersión geográfica de cada ámbito territorial donde se aplicaba la prueba piloto.



De acuerdo con la propuesta del CatSalut, los proveedores de servicios sanitarios de los territorios seleccionados debían asumir, de forma colaborativa, el riesgo financiero de la provisión de servicios sanitarios en los ámbitos de la atención primaria, hospitalaria, intermedia y farmacéutica, con la condición de que esto generaría el clima apropiado para desplegar estrategias de integración de servicios y de abordaje de procesos clínicos con perspectiva transversal.

Cuatro años más tarde, en 2006, una evaluación realizada por el propio CatSalut daba por sentenciada negativamente la experiencia, tras unas conclusiones que decían literalmente: “La implantación de la prueba piloto del sistema de compra en base poblacional ha obtenido resultados escasos y limitados, geográfica y temporalmente, en relación con los procesos de integración asistencial en los territorios. El sistema de asignación per cápita, tal y como ha sido diseñado e implantado, no ha generado los incentivos adecuados para producir los cambios que se esperaban. En estas condiciones, la voluntad de colaboración de los proveedores participantes a nivel local tampoco ha sido suficiente para superar las barreras de entorno, contenido de la prueba y actores identificadas.” Con esta mala calificación, la asignación capitativa de los cinco territorios piloto se dio por terminada y el modelo revirtió al de distribución de recursos fragmentado del resto del país.

Tabla 18. Evaluación de experiencias identificadas de pago per cápita (global payment )

Experiencia	País (años)	Ámbito de aplicación	Resultado obtenido
The Pioneer Model (Medicare) <sup>67</sup>	EE.UU. (2012-2016)	Proveedores que ya tenían experiencia en la coordinación de la actividad asistencial.	Reducción del 1,2% del gasto. Sin embargo, en el primer año, el programa experimentó una tasa de abandono muy elevada debido a su naturaleza voluntaria ya la perspectiva de pérdidas.
Medicare Shared Savings Program (MSSP) <sup>67</sup>	EE.UU. (2012-actualitat)	Grupos de médicos, hospitales y otros proveedores que quieran coordinarse.	Reducción del 1,4% de los costes.
The Next Generation ACO Model (Medicare) <sup>67</sup>	EE.UU. (2016-2021)	ACO con experiencia en la coordinación de la atención en poblaciones de pacientes.	El resultado todavía no se ha estudiado.
Comprehensive Primary Care Program (CPC) <sup>67</sup>	EE.UU. (2012-2016)	Modelo multipayer que abarcaba pacientes asegurados por Medicare, Medicaid y aseguradoras privadas.	Reducción del 2% de emergencias.
Prueba piloto en 5 territorios	Cataluña (2002-2014)	Cápita global de base territorial con implicación de todos los proveedores	No logró demostrar los resultados de integración de servicios que se habían propuesto.

Tabla 19. Revisión sistemática y estudio de caso-control identificados de modelos capitativos (global payment)

Autores	Metodología	Resultados
Song <i>et al.</i> , 2019 <sup>70</sup>	Estudio casos control	Ahorro del 17% debido a la reducción de costes en primera instancia y de actividad en segunda. Mejor la calidad de los servicios en distintos parámetros.
Cattel and Eijkenaar 2020 <sup>71</sup>	Revisión sistemática (111 estudios)	Los modelos de pago del valor consistentes en pagos básicos globales combinados con incentivos de calidad explícitos tienen el potencial de mejorar la creación de valor y contribuir a una ASBV

## Pago de la integración de servicios para atender a personas con necesidades sociales y sanitarias complejas

### **PACE (Program of All-Inclusive Care for the Elderly)**

PACE es un modelo que funciona en los EE.UU. desde 1971 en el que las aseguradoras subcontratan la póliza de personas que por su discapacidad o fragilidad tienen riesgo de ser institucionalizadas. Las empresas PACE, la mayoría sin ánimo de lucro, se convierten en mutuas especializadas en atender a los pacientes en sus propios entornos, si no quieren arruinarse pagando facturas en los hospitales y, por este motivo, ofrecen servicios en entornos comunitarios mediante equipos interdisciplinarios que se responsabilizan de prestar atención coordinada y continuada de acuerdo con el propio paciente y su familia. PACE dispone de la cartera de servicios propia de Medicare y de Medicaid, así como de la atención sanitaria y de los servicios adicionales necesarios<sup>72</sup>

CMS, para pagar los servicios de PACE, utiliza un modelo capitativo con unas tasas diseñadas para generar ahorro en relación a los gastos que, de otra forma, se incurrirían si los pacientes acudieran a otro tipo de programa.<sup>73</sup> Según un informe de la National PACE Association (NPA), estos ahorros podrían ser del 13%,<sup>74</sup> la tasa de hospitalización un 24% inferior,<sup>75</sup> la de reingresos un 16% menor, el número de visitas a urgencias también sería inferior,<sup>76-77</sup> mientras que los beneficiarios reciben una mejor atención preventiva.<sup>78</sup> Sin embargo, el modelo PACE disminuye la carga de las personas familiares cuidadoras y mejora su satisfacción.<sup>79</sup> Por último, las personas afiliadas al programa son menos propensas a sufrir depresión.<sup>80</sup>

### **La integración de servicios sociales y sanitarios de base territorial**

Los sistemas de atención integrada en Inglaterra, conocidos como Integrated Care Systems (ICS), en evolución desde 2018, gestionan de forma integrada recursos locales del NHS, de los ayuntamientos y de otros proveedores,<sup>81</sup> con el objetivo de extenderse a todo el territorio a finales de 2021. Los ICS más activos han tejido una red local que integra los servicios sociales y de salud, con responsabilidades compartidas en el uso de recursos, con el fin de mejorar resultados en la salud de las personas, sobre todo de las más necesitadas.

Los ICS ingleses se proveen de cierta estructura de gobernanza local (sin entidad jurídica propia), al estilo de las áreas integradas de salud (AIS) del Consorcio Sanitario de Barcelona o de las comisiones mixtas territoriales del Garraf. Sin embargo, se supone que los ICS ingleses cuentan con más fuerza integradora y más financiación que nuestras experiencias locales, no en vano la legislación inglesa permite, desde 2006,<sup>82</sup> que las regiones sanitarias del NHS y los ayuntamientos generen fondos comunes para financiar servicios sanitarios y sociales de forma integrada en personas que tienen un plan individualizado elaborado de forma colaborativa. Estos fondos compartidos, “pooling budgets”, fomentan la integración de servicios dentro de los ICS, que cuentan con equipos de profesionales responsables de gestionar estos fondos conocidos como “Better Care Fund”.<sup>83</sup> En Escocia también se detectan movimientos en la misma dirección, con la aparición de las “integration authorities” (IA) que han generado marcos presupuestarios a nivel local con un 70% de fondos del NHS y un 30% de los ayuntamientos.<sup>84</sup>

Las experiencias británicas de integración de servicios sociales y sanitarios de ámbito territorial, con la disponibilidad de fondos compartidos, están avanzando porque disponen de planes y recursos para actuar en personas y poblaciones vulnerables de una forma más efectiva que en el modelo fragmentado imperante.

### **Personal Health Budget (PHB)**

En 2014, el NHS inglés puso en marcha el proyecto Personal Health Budget (PHB), mediante el cual las personas con necesidades sanitarias y sociales de larga evolución tienen la capacidad de acordar con los equipos profesionales de su localidad (servicios sociales, atención primaria y administradores del NHS) la disposición de una partida de dinero que deberá permitir conseguir los objetivos del plan terapéutico individualizado previamente acordado. En la actualidad existen PHB para la atención continuada, para personas con dificultades de aprendizaje, para personas con problemas de salud mental, para personas que van en silla de ruedas, para niños y jóvenes en situación vulnerable, para la maternidad de riesgo y para la atención al final de la vida.

Tabla 20. Experiencias identificadas de evaluación del pago de la integración de servicios para atender a personas con necesidades sociales y sanitarias complejas

Experiencia	País (años)	Ámbito de aplicación	Resultado obtenido
Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE) <sup>72-80</sup>	EE-UU. (1971-actualidad)	Adults amb discapacidades i persones grans.	Ahorro del gasto del 13%, tasa de hospitalizaciones un 24% inferior, tasa de reingresos un 16% menor, reducción del número de visitas a urgencias y mejor atención preventiva. Además, reduce la carga de los cuidadores familiares, la satisfacción de éstos es mayor y los participantes son menos propensos a sufrir depresión.
Personal Health Budget (PHB) <sup>85</sup>	UK (2014-actualitat)	Depende del tipo de budget.	Mejora de calidad de vida y reducción de dependencia de los pacientes, además de un ahorro global de 3.100 libras por persona al año. El 86% de las personas con un PHB dicen haber logrado lo que querían con su presupuesto personal, y el 77% recomiendan el programa a otras personas. Además, se ha demostrado que los presupuestos personales logran un ahorro medio del 17% del coste directo de los paquetes de asistencia domiciliaria.

PHB no es dinero nuevo, sino una manera diferente de distribuir la financiación sanitaria y social para satisfacer ciertas necesidades que son críticas para los objetivos de cada plan individualizado. El propósito de PHB es que sus beneficiarios tengan opciones de compra de servicios cercanos como soporte social, psicológico o fisioterapia; por tanto, no se trata de una subcontratación al estilo PACE. Con el modelo PHB, los pacientes, al disponer de una bolsa propia de dinero, tienen mayor flexibilidad para gestionar su plan de servicios. Por ejemplo, una persona podría destinar su pequeño presupuesto individual a cursos de natación, jardinería o cerámica, si esto contribuye a alcanzar los resultados de salud y bienestar acordados.<sup>86</sup>

Tabla 21. Revisiones sistemáticas identificadas de los modelos de pago de complejidad clínica y social

Autores	Metodología	Resultados
Fleming <i>et al.</i> , 2019 <sup>87</sup>	Revisión sistemática (73 estudios)	Personal Health Budgets: La evidencia indica un efecto positivo respecto a la calidad de vida y la satisfacción y seguridad del paciente. También puede haber menos efectos adversos.
Rocks, Berntson, Gil Salmerón <i>et al.</i> , 2020 <sup>88</sup>	Revisión sistemática y meta-análisis (34 estudios)	Atención integrada: Los resultados sugieren que es probable que la atención integrada reduzca los costes y mejore los resultados en comparación con la atención habitual, especialmente en estudios con un período de seguimiento superior a un año. Sin embargo, la evidencia existente varía en gran medida y es de calidad moderada.

# El modelo de contratación de servicios sanitarios de utilización pública en Cataluña

Buena parte de la provisión de servicios públicos, aproximadamente un 80% de la atención primaria y un 40% de la atención hospitalaria de agudos, se realiza con gestión directa mediante el Instituto Catalán de la Salud, el resto se rige por un régimen de contratación de servicios públicos a instituciones concertadas al amparo del SISCAT.<sup>89</sup> Con este modelo, los contratos de servicios sanitarios del CatSalut representan un potente instrumento para alinear el sistema de salud, integrando la prestación de servicios y orientando la atención a las prioridades de salud de largo plazo.<sup>90</sup> En todas las circunstancias, el financiador, CatSalut, regula los servicios a prestar, tanto su cantidad como su calidad, función para la que se emplean unos costes de transacción bastante elevados. Por este motivo, el grupo de trabajo de este informe cree oportuno mostrar un resumen de los tecnicismos empleados en la contratación que el CatSalut hace de los servicios según niveles asistenciales: atención primaria, atención hospitalaria de agudos, atención intermedia y salud mental.

## Contratación de servicios de atención primaria

Los equipos de atención primaria (EAP) disponen de una población asignada y de un contrato de financiación de servicios con el CatSalut revisable anualmente y se someten, además, a un concurso abierto de proveedores cada diez años. El modelo de contratación de servicios es de base poblacional con una cápita media anual común que se corrige según unos factores de morbilidad (peso del 20%) y territoriales (peso del 80%). El factor de morbilidad se mide mediante un sistema de clasificación de pacientes, originalmente CRG. El factor territorial mide el envejecimiento de la población del área básica de salud (ABS), su nivel socioeconómico y la dispersión geográfica. Recientemente, AQuAS ha desarrollado un indicador social compuesto a nivel de ABS que ha servido como criterio de ponderación en la asignación de recursos para los equipos de atención primaria, de modo que se asignan más recursos a los equipos que atienden poblaciones más desfavorecidas socioeconómicamente.<sup>91</sup>

A la cifra resultante de la cápita y de los ajustes posteriores, se le suma un importe proveniente de programas específicos, como por ejemplo de promoción de la salud, prevención de enfermedades u otros. Los pagos que mensualmente realiza el CatSalut a los EAP retienen un 5% en concepto de parte variable, que los proveedores pueden obtener después de demostrar que cumplen los objetivos acordados previamente con el CatSalut.

La factura de la prestación farmacéutica con receta médica la asume directamente el CatSalut, aunque dispone de un presupuesto de referencia para cada EAP en concepto de gasto máximo asumible (DMA). Por tanto, los EAP no quedan al margen de lo que recetan, sino que comparten riesgo económico. Si, pongamos por caso, superan la DMA, el EAP deberá hacer frente al 15% del diferencial y, si el gasto es inferior, se comparte el ahorro.

## Contratación de servicios de atención hospitalaria de agudos

El primer modelo de contratación de servicios en los hospitales concertados procede del 1986. Se trataba de una propuesta muy simple que, como hacen los hoteles, asociaba la tarifa a las estancias, que pasaron a denominarse “unidad básica asistencial” (UBA). Para ajustar la tarifa, los hospitales fueron categorizados en función de la complejidad de su estructura. El resto de las actividades de los hospitales (primeras visitas, visitas sucesivas y urgencias) se asimilaban a las UBA en base a una tabla de equivalencias. Con este modelo, además de una medida para el pago de los servicios hospitalarios, las UBA también se convirtieron en una base para estimar la producción y la productividad de los hospitales.

El modelo UBA tenía muchas limitaciones y generaba, obviamente, muchas hospitalizaciones y visitas innecesarias y, por eso, once años más tarde, en 1997, el CatSalut apostó por un nuevo modelo para el pago de los servicios de hospitalización del sistema sanitario público, en parte de base presupuestaria y en parte de contratación prospectiva, un concepto inspirado en la corriente que creó Medicare al adoptar los GRD como base del pago prospectivo de los servicios de hospitalización de sus afiliados.

### Contratación de hospitalizaciones de agudos

A partir de la reforma del modelo de 1997, la unidad de contratación ya no es la estancia sino el episodio de hospitalización de agudos, un concepto que puede ajustarse de acuerdo con las características clínicas de cada una de las altas hospitalarias medida con GRD, categorización que da lugar a una medida de la complejidad de la casuística de cada hospital diferenciada en tres tipologías: médicas, quirúrgicas y obstétricas; las cuales se pueden relativizar en el global de los hospitales del SISCAT mediante un indicador llamado intensidad relativa de recursos (IRR).

Por otro lado, el nuevo sistema admitió que la valoración de la estructura de cada hospital era una necesidad inherente al sistema de provisión de servicios hospitalarios, ya que se admitía que es necesario tener instaladas estructuras muy costosas, con muchos condicionantes de previsión de profesionales bien formados, de infraestructuras de calidad, de tecnologías avanzadas, etc., para posibilitar una atención clínica efectiva. Por este motivo, CatSalut definió el indicador de intensidad relativa de estructura (IRE), un parámetro que resume de forma sintética la estructura instalada por cada centro y que, desde 1997, ha ido evolucionando hasta la versión actual que categoriza a todos los hospitales del SISCAT en siete niveles y sus correspondientes tarifas<sup>92</sup>

Para generar la factura de hospitalización del año, cada hospital debe mostrar por separado las dos fracciones, casuística y estructura, para después sumarlas:

- Casuística: El número de altas observadas de cada una de las tres tipologías se multiplica por el IRR específico y después se multiplica por la tarifa respectiva del IRR de cada tipología que cada año facilita el CatSalut. La casuística pondera un 35% en su factura final.



- Estructura: El número de altas del hospital se multiplica por la tarifa que corresponde al IRE atribuido al centro (recuerde que hay siete niveles y siete tarifas) y todo ello pondera un 65% en la factura final.
- La factura global de la actividad de hospitalización de cada organización corresponde a la suma de los dos factores anteriores (casuística+estructura) contando con un tope de actividad acordado previamente. La actividad adicional se corrige por criterios de marginalidad.

### **Contratación de actividad ambulatoria, técnicas, tratamientos y urgencias**

Hasta 2014, las consultas externas se contrataban según tarifas de primeras visitas y visitas sucesivas, pero este modelo cambió ese año por un importe fijo en función del número de especialidades y tipos de hospital, mientras que el pago de las urgencias se realiza de acuerdo con el número de asistencias estratificadas por triaje, con una tarifa asociada a cada nivel y con un ajuste por la intensidad relativa de urgencias (IRU).<sup>93</sup> Por lo que respecta a las técnicas, tratamientos y procedimientos no asociados a los episodios de hospitalización, cada uno tiene una tarifa unitaria. Destacar como ejemplos los programas de cribado de cáncer de colon, el de cáncer de mama, el programa del SIDA o el programa de medicina hiperbárica. Estas actividades no se llevan a cabo en todos los hospitales y, como es lógico, cada hospital puede tenerlas contratadas de acuerdo con sus prestaciones.

### **Contratación de la alta complejidad**

Las hospitalizaciones consideradas de alta complejidad se contratan de forma diferenciada según una clasificación que categoriza complejidades y tarifas específicas. La parte correspondiente de la complejidad que requiere actividad ambulatoria se paga en función de programas específicos.

### **Contratación de la medicación hospitalaria de dispensación ambulatoria**

La medicación hospitalaria de dispensación ambulatoria (MHDA) es la prestación farmacéutica, habitualmente de alto coste, que desde los hospitales se dispensa a un número relativamente reducido de personas que padecen enfermedades complejas. El procedimiento es el siguiente: el hospital compra los medicamentos en los laboratorios correspondientes, los administra en los hospitales de día o los dispensa desde los servicios de farmacia hospitalaria y los factura al CatSalut. La contratación de la MHDA se basa, desde 2011, en una asignación máxima de gasto anual (DMA) para cada hospital vinculada a una corresponsabilización a asumir por parte del hospital, tanto en caso de incumplimiento de la asignación (penalización) como en caso de cumplimiento (bonificación), que se basan en objetivos vinculados a buenas prácticas, incluyendo el uso de biosimilares o de adecuación de la prescripción de atención especializada.

El presupuesto de la MHDA se asigna a cada hospital en función de la continuidad de la actividad llevada a cabo el año anterior, añadiendo el impacto previsto de los nuevos pacientes y fármacos que se incorporarán durante el año en curso. En cuanto al modelo de corresponsabilización, se aplica un riesgo único (el año 2021 ha sido del 50%) sobre el cierre anual de cada hospital y se excluyen de este riesgo algunos medicamentos como son los tratamientos de alta complejidad de autorización individualizada (TAC) y los medicamentos que disponen de esquemas de pago por resultados (EPR).

## Contratación de servicios de atención intermedia

La contratación de servicios intermedios, antes compartidos entre los Departamentos de Salud y de Derechos Sociales, desde noviembre de 2021 ha pasado a cargo del CatSalut, de acuerdo con los parámetros de contratación que se recogen en la siguiente tabla:

Tabla 22. Parámetros de contratación de los servicios de atención intermedia

Parámetro de contratación de servicios	Actividades
Estancia	Hospitalización de larga estancia, de media estancia (incluye cuidados paliativos, atención a pacientes postagudos, atención a pacientes subagudos y convalecencia) y hospital de día.
Programa específico	PADES - Unidades funcionales interdisciplinarias sociosanitarias (UFISS)
Visita	Evaluación geriátrica integral y otras comparables

Fuente: Decret 118/2014

## Contratación de servicios de salud mental

Los servicios de salud mental que requieren internamiento o atención en régimen de hospital de día se contratan en base a estancias de forma prospectiva. La atención a la comunidad prestada por los centros de salud mental de adultos (CSMA) e infanto-juveniles (CSMIJ) se contratan mediante programas específicos. Normalmente, el único requerimiento para obtener la financiación es el número y tipo de profesionales que deben formar un equipo.

### Parte variable de los contratos

Los contratos del CatSalut con los proveedores de servicios sanitarios reservan un 5% del importe a la parte variable, una cifra bastante elevada de dinero que se concibe como un instrumento para espolear el desempeño de objetivos fijados por el CatSalut en el marco del Plan de salud. En 2019, la contratación de servicios de atención primaria y atención especializada representó 1.563 y 5.719 millones de euros respectivamente. Esto supone que bajo el régimen de retribución variable del 5%, en el supuesto de que todos los proveedores, incluido el Instituto Catalán de la Salud, siguieran el régimen de contratación vigente, se dispondrían de 364 millones de euros: 78 para la atención primaria y 285 para la atención especializada.

Para evaluar la parte variable de la contratación, el CatSalut dispone de un stock de 118 indicadores, de donde cada Región Sanitaria elige unos 10 o 12 para pactar de forma específica con cada proveedor, de acuerdo con las circunstancias locales. De los 118 indicadores posibles, 111 son de adecuación y 7 de efectividad y seguridad de los pacientes, pero no hay ninguno de PREM o PROM.



Tabla 23. Clasificación de los 118 indicadores de la parte variable de los contratos del CatSalut con los proveedores

Categoría	N	%
3. Indicadores de adecuación	111	94,1%
Outcomes de efectividad y seguridades de los pacientes	7	5,9%
<b>Total</b>	<b>118</b>	<b>100%</b>

Por otra parte, cabe destacar de forma específica, los índices de calidad de la prescripción farmacéutica (IQF) utilizados en el área del medicamento. Los IQF tienen como objetivo fomentar la implantación de la política farmacéutica y del medicamento del CatSalut y existe uno para la medicación extrahospitalaria y otro para la MHDA.<sup>94</sup> En ambos casos, se trata de indicadores sintéticos contruidos a partir de varios “subindicadores” de la prescripción de diferentes grupos terapéuticos. El IQF de medicación extrahospitalaria utiliza exclusivamente datos de facturación de receta electrónica, mientras que el IQF de la MHDA utiliza datos de facturación, pero también variables clínicas de paciente capturadas en el registro de pacientes y tratamientos. Esta diferencia determina que el IQF de la MHDA se oriente más a resultados de adecuación de prescripción y resultados en salud en cada paciente, mientras que el IQF extrahospitalario se orienta exclusivamente a criterios genéricos de intensidad de uso de los fármacos priorizados por el programa de armonización terapéutica sin relacionarlo con los resultados obtenidos en el paciente.

Para el ejercicio de 2021, el CatSalut reconoce el impacto negativo de la pandemia en la capacidad de consecución de los objetivos de la contraprestación de resultados y plantea la introducción de un factor de ajuste para minimizar este efecto, que en la práctica ha venido a representar que la parte variable ha quedado engullida por los efectos del COVID-19. Habrá que ver si este fenómeno es sólo circunstancial.

## Resumen de los sistemas de contratación de servicios del CatSalut

Tabla 24. Resumen del sistema de la contratación de servicios del CatSalut

Línea asistencial	Sistema de contratación	Orientación a valor
Atención primaria	Base capitativa ajustada por características sociodemográficas y complejidad. DMA de medicación a riesgo compartido.	Parte variable ligada a consecución de objetivos (5%)
Atención hospitalaria	Hospitalización: estructura IRE y actividad IRR. El resto tarifa por auto y programas. MHDA con factura directa con DMA a riesgo compartido.	Parte variable ligada a consecución de objetivos (5%)
Atención intermedia	En base actividad: estancia, visita y programas	Parte variable ligada a consecución de objetivos (5%)
Salud mental	Dispositivos y programas	Parte variable ligada a consecución de objetivos (5%)

# Análisis crítico del modelo catalán de evaluación y asignación de recursos de los servicios sanitarios de utilización pública

## Análisis crítico de los marcos evaluativos catalanes

En Cataluña se han detectado tres marcos evaluativos con un global de 635 indicadores: la Central de Resultados de AQuAS con 373 indicadores en abierto; MSIQ del CatSalut con 144 indicadores a los que se debe acceder con un password, una fuente orientada a los gestores de las regiones y organizaciones sanitarias; y los 118 indicadores de la parte variable de los contratos del CatSalut con los proveedores sanitarios.

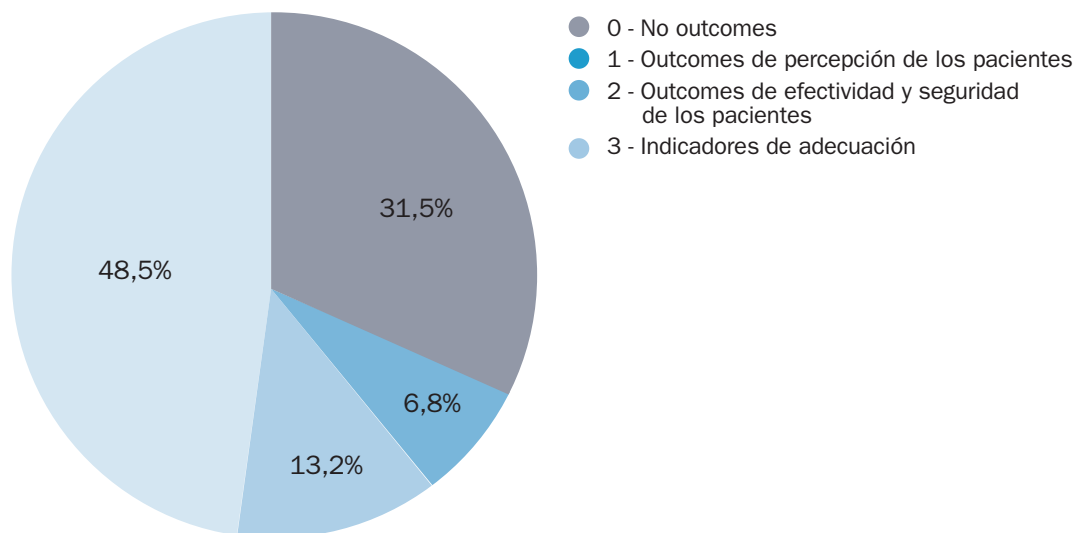
Tabla 25. Clasificación de los 635 indicadores de los tres marcos evaluativos catalanes: CdR de AQuAS, MSIQ y parte variables de los contratos del CatSalut con los proveedores.

Categoría	CdR	MSIQ	Contra	Total	%
3. Indicadores de adecuación	132	65	111	308	48,5%
0. Outputs sin relación con resultados	162	38	0	200	31,5%
2. Outcomes de efectividad y seguridad del paciente	53	24	7	84	13,2%
1. Outcomes de percepción del paciente	26	17	0	43	6,8%
<b>Total</b>	<b>373</b>	<b>144</b>	<b>118</b>	<b>635</b>	<b>100%</b>

El sistema sanitario público catalán destina muchos esfuerzos a la evaluación de la provisión de servicios sanitarios, lo hace de una forma muy focalizada (un 80%) en estructuras, procesos y adecuación en el uso de los recursos y, en cambio, sólo destina un 13,2% de los indicadores a medir la efectividad de las actividades clínicas y la seguridad de los pacientes, y únicamente un 6,8% a la salud percibida por la población.

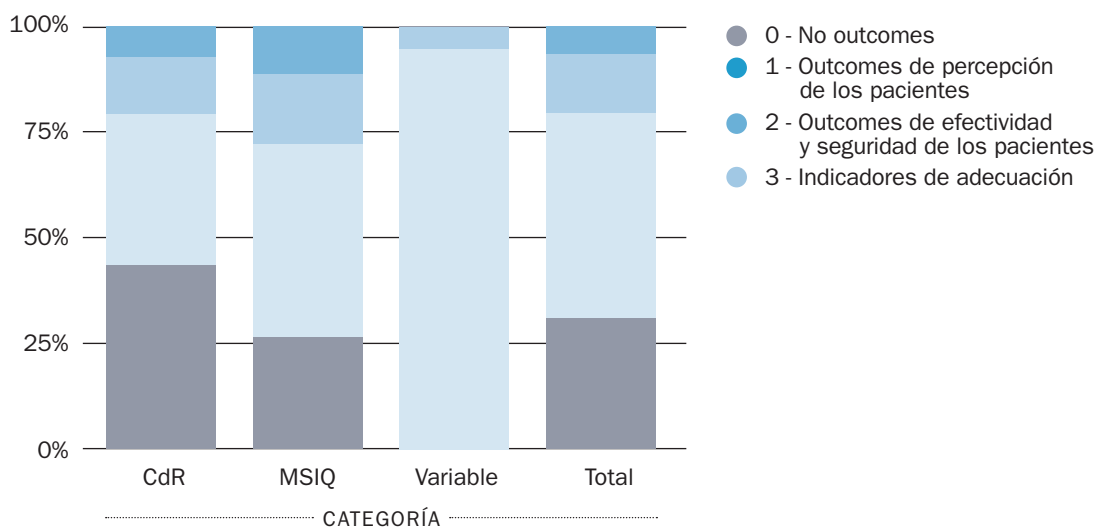
Por otra parte, de los tres marcos evaluativos analizados, uno de ellos (el tercero de la tabla) tiene una capacidad de influencia de hasta el 5% de la contratación de servicios, una cifra estimada de 364 millones de euros, que se destina esencialmente a fomentar la adecuación en el uso de los recursos, como por ejemplo el aumento de la vacunación de la gripe entre las personas mayores, la mejora en la calidad de la prestación farmacéutica, el control más esmerado de la incapacidad temporal, la creación de equipos multidisciplinares para la reducción de las resistencias a los antibióticos (PROA), el aumento de la prescripción electrónica en las consultas externas, etc. Lejos de poner en duda la idoneidad de estos indicadores, y otros (hasta 118), en la misma línea, creemos que la parte variable de los contratos debería considerar la incorporación de outcomes de efectividad y de percepción reportada por los pacientes (PREM y PROM).

Figura 7. Distribución de tipos de indicador de los marcos evaluativos catalanes



El IQF de farmacia extrahospitalaria se construye con un número muy elevado de indicadores (43 en 2021), lo que hace pensar que este indicador sintético responde más a la gran disponibilidad de datos derivados de la receta electrónica, que a una estrategia de búsqueda de valor. La orientación de este IQF va dirigido a medir el uso de medicamentos que se consideran potencialmente inadecuados/adecuados en función de los dictámenes del programa de armonización farmacoterapéutica, el cual está basado en un modelo evaluativo multivariante. El IQF de MHDA, por otra parte, requiere un menor número de indicadores que su homólogo extrahospitalario, y está bastante más orientado al valor de la salud, ya que evalúa la efectividad, aunque de forma todavía limitada.

Figura 8. Distribución relativa de los tipos de indicadores de los marcos evaluativos catalanes



## Análisis crítico del modelo de asignación de recursos del sistema sanitario catalán

La asignación de recursos mediante el contrato de servicios sanitarios del CatSalut es un instrumento fundamental para el alineamiento de la política sanitaria establecida en el Plan de Salud, las estrategias del Departamento de Salud y los planes y programas derivados.<sup>90</sup> A continuación se lleva a cabo un análisis crítico de los esquemas de asignación de recursos por línea de servicio.

**El modelo caputivo de la atención primaria es sólido, pero está estancado.** La base capiativa ajustada por las condiciones socioeconómicas y de morbilidad territorial, los programas específicos, la DMA y el 5% variable, conforman un marco de financiación bien estructurado que responde bastante bien a los objetivos de accesibilidad, equidad y calidad esperables de una atención primaria que, por ahora, es la puerta del sistema sanitario, pero que debería convertirse en su eje vertebrador.

Dados los retos de los tiempos de ahora y de los que vienen, el modelo de financiación de la atención primaria debería evolucionar para favorecer estrategias más efectivas de salud comunitaria, de trabajo multidisciplinar para atender a los pacientes complejos, de integración de servicios en red, especialmente con los programas de salud mental, de coordinación con los servicios sociales territoriales y de transversalidad con los servicios especialistas de los hospitales.

**El modelo prospectivo incentiva las hospitalizaciones, pero no su valor.** La categorización de los episodios según la complejidad atribuible por los GRD ha aproximado la facturación a la realidad de los costes de los pacientes ingresados, pero el modelo no es capaz de identificar las hospitalizaciones potencialmente evitables, ni las indicaciones quirúrgicas forzadas, ni las complicaciones atribuibles a prácticas inapropiadas; dándose el hecho de que a menudo se financian actividades de dudoso valor, mientras que no se incentivan las buenas prácticas.

**La estimación de los IRE es fuente de polémica.** Desde el principio del modelo de contratación prospectiva, los IRE han generado polémica entre sus proveedores. No hay que olvidar que este indicador tiene una influencia del 65% en la facturación de las hospitalizaciones (la parte más importante de los ingresos económicos de los hospitales) y, por tanto, determinar su valor tiene mucho impacto en las cuentas de los centros. Conveniría, pues, para el IRE, más revisiones, más ajustes y más transparencia.

**Las tarifas de las hospitalizaciones están por debajo de costes.** El modelo de contratación prospectiva funcionaría de manera más apropiada si las tarifas aplicadas a IRR e IRE estuvieran ajustadas a los costes reales, de modo que ello incentivaría la buena gestión, pero, como refleja reiteradamente la Central de Resultados de AQUAS y la Central de Balances, en prácticamente todos los hospitales, los costes reales están por encima de los ingresos por unidad de medida estandarizada (UME), lo que hace que, para cuadrar las cuentas, casi todas las instituciones sanitarias necesitan programas y ayudas complementarias, un hecho que desacredita el modelo prospectivo y crea dudas sobre los para nada despreciables costes de transacción.

**No se incentivan las alternativas a la hospitalización.** Los hospitales de hoy sufren mucha presión asistencial de pacientes crónicos complejos, vulnerables y frágiles, lo que hace que se les recomiende vivamente sustituir hospitalizaciones por servicios más ligeros y cercanos, como los hospitales de día, las hospitalizaciones a domicilio o las unidades funcionales transversales y colaborativas con la atención primaria (UFTC), pero para llevar a cabo estos servicios, las tarifas marcadas por el CatSalut no son competitivas con las de las hospitalizaciones, o no existen, como es el caso de las UFTC.

**Mantener la contratación prospectiva es costoso y tiene poco de prospectivo.** Uno de los problemas que sufren los actores tanto financiadores como proveedores es el de los elevados costes de transacción del modelo de facturación vigente. Este hecho, especialmente en el ámbito hospitalario, implica la necesidad de disponer de una plantilla administrativa dedicada exclusivamente a facturar. Además, la tardanza en la negociación de la actualización del contrato anual, que llega a veces a finales del año, deja poco margen para la gestión.

**El tope de actividad hospitalaria rompe el modelo prospectivo.** Este tope, por otra parte comprensible, resta validez a la lógica del modelo prospectivo, pero sobre todo convierte el esfuerzo administrativo que supone tener que cumplir con los requerimientos burocráticos de la facturación, como un trabajo de escaso valor añadido.

**El marco real de la contratación de servicios ha terminado siendo una negociación de grandes cifras.** Al margen de lo que diga el montón de pliegos de los contratos, a la hora de la verdad, los negociadores (financiadores y proveedores) ponen en la mesa la cifra global de la contratación del año anterior, lo ajustan por el incremento del coste de la vida y le suman las nuevas acciones, obteniendo con ello la cifra final de la contratación, un escenario presupuestario que desautoriza a los jeroglíficos de la facturación que compone cada fragmento de los contratos.

**No existen incentivos para la coordinación entre niveles ni entre proveedores.** El hecho de que la atención primaria se pague por cápita y el hospital por actividad no ayuda al diálogo entre niveles. Esta disyuntiva puede, por sí misma, espolear ingresos hospitalarios excesivos.

**La DMA, tanto de atención primaria como de hospital, viene demasiado condicionada por el gasto histórico** y no se revisa en función de las nuevas circunstancias, siempre muy cambiantes, especialmente en el entorno de los nuevos medicamentos. Si bien es cierto que en la MHDA se hace el esfuerzo de incluir los factores modificadores, principalmente nuevos fármacos, sigue teniendo mucho peso el histórico y no se tiene en cuenta ni las características de la población atendida ni la complejidad de la atención. Por otra parte, los gastos de transacción del MHDA están infravalorados.

**La contratación de servicios de la atención intermedia rememora la hospitalaria de los tiempos de antes del GRD** y, por tanto, no incentiva el despliegue de servicios domiciliarios ni el trabajo multidisciplinar con la atención primaria y los servicios sociales territoriales.

**La contratación de servicios de salud mental basada en dispositivos y programas no dinamiza el despliegue de servicios comunitarios efectivos** ni tampoco incentiva la coordinación con los servicios de atención primaria, los servicios sociales territoriales ni con los hospitales.

**No existen incentivos específicos para la transformación digital**, siendo ésta una actividad de trascendencia para la sostenibilidad del sistema se echa de menos una estrategia global de sistema, a la que las organizaciones sanitarias puedan acogerse.

## Caso de estudio para ilustrar la falta de orientación al valor del pago prospectivo y por acto

La señora Gertrudis tropieza con la alfombra del comedor, se rompe el fémur y en el hospital le practican una artroplastia de urgencias. Todo va bien, pero en el postoperatorio, probablemente por carencias en la movilización, contrae una neumonía que obliga a trasladarla a la UCI donde recibe antibióticos y ventilación mecánica. Por suerte se recupera del susto y, después de 15 días, ingresa en una unidad de convalecencia en un centro de servicios intermedios. Tres meses más tarde, mucho más débil, vuelve a casa donde recibe los servicios domiciliarios de una fisioterapeuta.



El proceso clínico de la señora Gertrudis generará tres facturas, la primera del hospital que si, imaginamos, utiliza el sistema AP-GRD, clasificará el episodio en la categoría 558, con un peso relativo de 6,52 (más de seis veces el valor medio de una alta hospitalaria estándar), una segunda factura será del centro de servicios intermedios con el importe equivalente a 90 estancias de convalecencia y una tercera de la empresa responsable de la fisioterapia correspondiente a las sesiones domiciliarias programadas. En conjunto, el reflejo de un modelo de pago que incomprensiblemente fomenta la fragmentación, cuando es evidente la unicidad del proceso clínico de la señora Gertrudis. Este caso sirve para plantear tres preguntas al modelo de pago prospectivo y por acto vigente:

### Primera pregunta

Dos revisiones sistemáticas Cochrane afirman que los programas de prevención de caídas a domicilio son efectivos, lo que implica que algunas señoras Gertrudis (Kaiser dice que hasta un tercio de ellas) podrían haber evitado la fractura. Conociendo esta evidencia: *¿Qué incentivos económicos se destinan a la salud pública y a la atención primaria para que se puedan llevar a cabo, de forma eficiente, los programas de prevención de caídas en personas frágiles?*

Éste podría ser un asunto abordable por los objetivos del 5% de la parte variable de la atención primaria.<sup>95-96</sup>

### **Segunda pregunta**

Muchos estudios relacionan la inmovilidad excesiva de las personas mayores hospitalizadas con la fragilidad inducida y los riesgos de complicaciones diversas, por lo que si la señora Gertrudis hubiera sido movilizada más precozmente quizás hubiera tenido menos probabilidades de adquirir una neumonía postoperatoria, claro que entonces la catalogación del episodio habría sido la de la AP-GRD 211, con un peso relativo de 2,17 y, por tanto, la factura habría tenido un montante sensiblemente inferior. De acuerdo con la evidencia conocida: *¿Qué incentivos económicos se destinan a los hospitales para que promuevan un trabajo enfermero más ajustado a los requerimientos de las personas frágiles?*

Ésta podría ser una cuestión planteable por una estrategia de bundled payment.<sup>97</sup>

### **Tercera pregunta**

En Canadá se levantan voces que claman para que los servicios intermedios sean más comunitarios. Con el modelo actual, si la unidad de convalecencia promueve servicios de rehabilitación domiciliaria, dado que la base de la financiación son las estancias, entonces se ve penalizada, y de ahí nace la tercera pregunta: *¿Qué incentivos económicos se destinan a los centros de servicios intermedios para que reviertan institucionalizaciones excesivas y fomenten los servicios a domicilio?*

Este tema sería clave en un modelo de financiación de la atención a las personas con necesidades sociales y sanitarias complejas de base comunitaria como PACE, ICS o PHB.<sup>98</sup>

Como el cambio radical de modelo, aunque deseable, es poco probable, CatSalut haría bien en ir moviendo fichas para incentivar prácticas valiosas y evitar premiar involuntariamente la fragmentación de la gestión clínica.





# Principios, modelo y recomendaciones

De acuerdo con la revisión de los marcos evaluativos y de los modelos de pago que buscan aumentar el valor de los sistemas sanitarios, con especial atención a los avances observados en las últimas propuestas del NHS inglés<sup>99</sup> (un nuevo modelo de financiación híbrido que fomenta la eficiencia, la coordinación entre niveles y la integración de servicios con base territorial) y, con el apoyo del análisis crítico de la asignación de recursos públicos en Cataluña, hemos elaborado unas recomendaciones para mejorar la orientación a las prácticas de valor y los resultados de salud, tanto del marco evaluativo como del modelo de asignación de recursos del sistema sanitario público catalán, mediante un decálogo de principios, un diseño de un modelo más valioso que el actual y un decálogo de recomendaciones para avanzar en la línea apropiada.

## **10 principios para un nuevo marco de evaluación y contratación de servicios basados en el valor de la salud**

1. Que tenga un propósito claro: la mejora de la salud poblacional e individual.
2. Que incorpore indicadores evaluativos de efectividad, eficiencia y de percepción reportada por los pacientes.
3. Que tenga un alcance global sin fragmentaciones.
4. Que sea creíble y cuente con el apoyo de todos los actores del sector.
5. Que muestre el camino del valor y de la sostenibilidad a las organizaciones sanitarias.
6. Que esté basado en la mejor evidencia disponible.
7. Que funcione con información fiable, armonizada y transparente.
8. Que combata la burocracia innecesaria.
9. Que se base en la confianza y en la rendición de cuentas y no sólo en el control previo.
10. Que sea evaluable y contenga procedimientos de ajuste.

## **Por un nuevo marco de evaluación y contratación de servicios basados en el valor de la salud**

Tras la revisión, el análisis y el debate correspondiente, el grupo de trabajo de este informe cree que el modelo recomendable de asignación de recursos de los sistemas sanitarios es el que tiene por objetivo la financiación de la preservación y mejora de la salud poblacional e individual y que evita, o incluso penaliza, la fragmentación y el consumo inapropiado de servicios. En este sentido, sería recomendable revisar y rectificar las limitaciones observadas para extender el modelo de financiación capitativa ajustado a las características y necesidades poblacionales que ya se había llevado a cabo, de forma piloto, en cinco territorios catalanes.

Fieles a esta visión, pero conocedores de las enormes dificultades de un cambio disruptivo, el grupo de trabajo ha elaborado unas recomendaciones que tienen por finalidad hacer evolucionar el modelo de asignación de recursos públicos actual hacia uno más valioso, en un proceso de introducción continuada de innovaciones en las contrataciones que deberían ir orientadas a la preservación y mejora de la salud poblacional e individual. Sin embargo, la implantación progresiva de las recomendaciones debería dar márgenes para que las organizaciones sanitarias contratadas fueran acomodando sus estructuras, líneas asistenciales y presupuestos a los nuevos escenarios.

## **10 recomendaciones para evolucionar modelo vigente hacia un nuevo marco de evaluación y contratación de servicios basados en el valor de la salud**

- 1. Reactivar la Central de Resultados**, dada su importancia como elemento de transparencia hacia la ciudadanía y como herramienta de benchmarking entre los proveedores sanitarios, esta iniciativa debería ir acompañada de mayor inversión en sistemas de información, ya que no se puede evaluar lo que no se mide, o lo que no se mide lo suficientemente bien. La reactivación de la Central de Resultado debería ir acompañada de un despliegue de los indicadores de efectividad y de percepción de los pacientes (PREM y PROM).
- 2. Fomentar la coordinación**. Proponer incentivos a la coordinación entre niveles asistenciales (atención primaria, social, intermedia y hospitalaria) y entre redes (salud pública, salud mental, ASSIR, adicciones), al estilo de lo que se está viendo en las ACO en los EE.UU. y los ICS en Inglaterra.
- 3. Afianzar la contratación de servicios per cápita de la atención primaria** y enriquecerla con incentivos al despliegue de la salud comunitaria, al trabajo en equipo multidisciplinar, a la reordenación de los servicios en función de las necesidades de las personas y de la comunidad, al despliegue de las competencias profesionales (enfermeras, TCAI, administrativos), al uso racional del medicamento y a la prescripción de biosimilares y a las coordinaciones entre niveles y entre redes ya mencionadas; líneas todas ellas valiosas que surgen del proyecto “Innovando en la Atención Primaria” de la SCGS.<sup>100</sup> Esta transición debería ser parte esencial de la evolución del modelo global de financiación.
- 4. Potenciar la autonomía de gestión y la rendición de cuentas**. Convendría que el nuevo modelo de contratación de servicios per cápita de la atención primaria se marcara como objetivo el aumento de la autonomía de gestión de los equipos profesionales, al tiempo que estimulara la rendición de cuentas y el benchmarking de resultados, en detrimento del control previo.
- 5. Reorientar la contratación de servicios hospitalarios**. Después de 25 años de su puesta en marcha, se debería ir reduciendo la influencia del pago prospectivo de la hospitalización, con una implementación paulatina de los siguientes conceptos:
  - Actualizar los IRE de los hospitales con criterios explícitos y no vincularlos al número de hospitalizaciones. Realizar este proceso con reglas claras y transparentes de la financiación de infraestructuras y de alta tecnología por parte del CatSalut (similar a la armonización que se realiza en el ámbito del medicamento).
  - Abrir una línea complementaria de pago por episodio (bundled payment) para procesos clínicos bien definidos.
  - Abrir una línea complementaria de pago por resultados (pay-for-performance) para hospitalizaciones de pacientes crónicos complejos en los que se puede monitorizar la transversalidad con la atención primaria de salud y social.

- Utilizar el 5% de la parte variable para estimular prácticas clínicas de valor y desincentivar las poco valiosas.
- Rediseño del modelo de DMA que tenga en cuenta la base poblacional y complejidad, los nuevos medicamentos y las decisiones del programa de armonización, reduciendo el peso del histórico.

- 6. Promover la atención a las personas con necesidades sociales y sanitarias complejas en el entorno comunitario.** Adoptar un modelo de evaluación y financiación de este colectivo muy demandante de servicios, que incentive el trabajo multidisciplinar en el entorno de la atención primaria y los servicios sociales territoriales, con el fin de generar servicios integrados domiciliarios y desincentivar, en cambio, la fragmentación de los niveles y sistemas y hospitalizaciones evitables, contando con la inspiración de PACE y de PHB. En esta línea, habría que dotar a la nueva Agencia del Plan de Atención Social y Sanitaria Integrada (PAISS) de fondo para que tuviera la capacidad de potenciar la atención integrada a nivel territorial en la línea de lo que están haciendo los ingleses y escoceses (ICS, IA).
- 7. Repensar la financiación de los servicios intermedios y de salud mental** y hacerlo de acuerdo con la financiación de la atención en entorno comunitario de los pacientes con necesidades sociales y sanitarias complejas.
- 8. Evolucionar la parte variable de la contratación.** Favorecer la entrada de indicadores de efectividad y adecuación de la Central de Resultados de AQUAS en la parte variable de los contratos del CatSalut, además de definir nuevos a partir de la percepción de los pacientes (PREM y PROM). En esta estrategia de influir, mediante esta parte variable, en la reorientación de las organizaciones sanitarias hacia el valor, recomendamos inspirarse en los informes que CQC emite para las organizaciones sanitarias inglesas y, por tanto, implicar también aquí a los profesionales clínicos en el establecimiento de objetivos valiosos, de acuerdo a la búsqueda de la efectividad de los procesos clínicos más frecuentes desde una perspectiva transversal entre atención primaria, social, intermedia y hospitalaria. También habría que modificar el IQF, priorizando de forma transparente qué áreas terapéuticas se quieren mejorar y escoger indicadores sencillos y robustos que tuvieran orientación a valor, continuidad y que fueran ampliamente aceptados por los proveedores.
- 9. Generar un modelo homologado, armonizado y estabilizado de costes de los procesos clínicos.** Con esta iniciativa, al estilo IHPA australiano, se podrían obtener costes reales de los procesos clínicos desde una perspectiva transversal entre niveles asistenciales y, por tanto, se podrían establecer tarifas globales de los procesos clínicos, un instrumento que favorecería el despliegue del pago por servicios agrupados y del pago por resultados basados en la evidencia de los costes reales, inspirándose en la dinámica BPT de los ingleses.
- 10. Fomentar la innovación y la transformación digital de valor** con más experiencias de financiación a riesgo compartido entre los proveedores de servicios sanitarios y la industria, con el fin de no perder oportunidades ni en innovación ni en la transformación digital, piezas clave para el desarrollo y la sostenibilidad del sistema sanitario.



# Bibliografía

- 1** [OECD Health Statistics 2021. Health Expenditure and Financing](#)
- 2** Gautam A, editor. [Tackling wasteful spending on health](#). OECD; 2017.
- 3** Porter ME, Teisberg EO. Redefining health care: creating value-based competition on results. Harvard Business Press; 2006.
- 4** Kleinet S, Horton R. From universal health coverage to right care for health. *The Lancet*, 8 July 2017; 390, 10090: 1012.
- 5** Busse R, Klazinga N, Panteli D, Quentin W. Improving healthcare quality in Europe. Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies. OECD Health Policy Series n. 53. 2019
- 6** Wright A, Cornick E, Jones H *et al.* Towards an effective NHS payment system: eight principles. The Health Foundation 2017.
- 7** [Varela J. Atención sanitaria basada en el valor: fundamentos, conceptos y estrategias. Observatorio La gestión importa. 18 de enero de 2021.](#)
- 8** Kohn, Linda T; Corrigan, Janet M; Donaldson, MS, eds. To err is human: Building a safer health system. Committee on Quality of Health Care in America. Institute of Medicine, 1999.
- 9** Guyatt, Gordon *et al.* Evidence-based medicine: a new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA*, 1992, 268.17: 2420-2425.
- 10** Ruiz B, Adroher C, Morón V. Estudio sobre la publicación de resultados en el sistema nacional de salud. Bases para un modelo. Fundación SIS Novartis España 2020.
- 11** Porter, Michael E *et al.* What is value in health care. *N Engl J Med*, 2010, 363.26: 2477-2481.
- 12** Strategic Review of the National Hospital Cost Data Collection. Independent Hospital Pricing Authority. Final Report. July 2013.
- 13** Porter, Michael E; Larsson, Stefan; Lee, Thomas H. Standardizing patient outcomes measurement. *N Engl J Med*, 2016, 374.6: 504-506.
- 14** OCDE Health Statistics: <https://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>
- 15** Central de Resultats: [http://observatorisalut.gencat.cat/ca/central\\_de\\_resultats/](http://observatorisalut.gencat.cat/ca/central_de_resultats/)
- 16** Observatorio de Resultados del Servicio Madrileño de Salud: <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/observatorio-resultados-servicio-madrileno-salud>
- 17** AtlasVPM: <https://www.atlasvpm.org/metodologia/#toggle-id-1>
- 18** IQVIA: <https://www.iqvia.com/>
- 19** ScopeSanté: <https://www.scopesante.fr/#/>
- 20** Fingertips: <https://fingertips.phe.org.uk/>
- 21** Care Quality Commission: <https://www.cqc.org.uk/>
- 22** Leapfrog: <https://www.hospitalsafetygrade.org>
- 23** US News Best Hospitals: <https://health.usnews.com/best-hospitals>
- 24** Lown Institute: <https://lowninstitute.org/projects/lown-institute-hospitals-index/>
- 25** MyHospitals: <https://api.gov.au/service/d3eec1cc-6d49-46a6-8a41-896125a305c0>
- 26** Peiró S, Garcia-Altés A. Posibilidades y limitaciones de la gestión por resultados de salud, el pago por objetivos y el redireccionamiento de los incentivos. Informe SES-PAS 2008. *Gac Sanit.* 2008;22(Supl 1):143-55.
- 27** Marshall L, Charlesworth A, Hurst J. The NHS payment system: evolving policy and emerging evidence. Research report. Nuffield Trust February 2014.
- 28** Srivastava D, Mueller M, Hewlett E. OECD Health Policy Studies. Better Ways to Pay for Health Care. OECD 2016.

- 29** Berenson RA, Upadhyay DK, Delbanco SF, Murray R. Payment Methods and Benefit Designs: How They Work and How They Work Together to Improve Health Care. A Typology of Payment Methods. Urban Institute, April 2016.
- 30** Berenson RA, Upadhyay DK, Delbanco SF, Murray R. Payment Methods and Benefit Designs: How They Work and How They Work Together to Improve Health Care. Payment Methods: How They Work. Urban Institute, April 2016.
- 31** Miller HD. [The building blocks of successful payment reform: designing payment systems that support higher-value health care. Center for Healthcare Quality and Payment Reform. 2015 Apr.](#)
- 32** Srivastava D, Mueller M, Hewlett E. Better ways to pay for health care. OECD; 2016.
- 33** Pricing Framework for Australian Public Hospital Services 2022–23. Independent Hospital Pricing Authority 2021.
- 34** Elvira D, Obach M, Pontes C. Description of the use of Multicriteria to Support Pricing and Reimbursement Decisions by European Health Technology Assessment Bodies.
- 35** Fetter RB, Shin Y, Freeman JL. Case mix definition by diagnosis related groups. *Med Care* 1980; 18, supl:1-53.
- 36** Starfield B, Weiner J, Mumford L et al. Ambulatory Care Groups: a Categorization of Diagnosis for Research and Management. *Health Services Research*: 26(1) April 1991.
- 37** Inoriza JM, Coderch J, Carreras M, Vall-Ilosera L, García-Goñi M, Lisbona JM, Ibern P. La medida de la morbilidad atendida en una organización sanitaria integrada. *Gac Sanit.* 2009;23(1):29–37.
- 38** Monterde D, Vela C, Clèries M, Grupo colaborativo GMA. Los grupos de morbilidad ajustados: nuevo agrupador de morbilidad poblacional de utilidad en el ámbito de la atención primaria. *At Primaria.* 2016;48(10):674-682.
- 39** Departament d’Economia i Hisenda. Pressupostos de la Generalitat de Catalunya: <http://economia.gencat.cat/ca/ambits-actuacio/pressupostos/>
- 40** Cromwell J, Dayhoff DA, Thoumaian AH. Cost savings and physician responses to global bundled payments for Medicare heart bypass surgery. *Health care financing review.* 1997;19(1):41.
- 41** Struijs, Jeroen N. How bundled health care payments are working in the Netherlands. *Harvard Business Review*, 2015.
- 42** Wohlin J, Stalberg H, Ström O, Rolfson O, Willers C, Brommels M. Införande av värdebaserad ersättningsmodell och vårdval för höft-och knäprotesoperationer i Stockholm Läns Landsting. [Introduction of value-based remuneration model and care choice for hip and knee replacements in Region Stockholm.] Karolinska Institutet: Stockholm. 2016.
- 43** Chen LM, Ryan AM, Shih T, Thumma JR, Dimick JB. Medicare’s acute care episode demonstration: effects of bundled payments on costs and quality of surgical care. *Health services research.* 2018 Apr;53(2):632-48.
- 44** Althausen PL, Mead L. Bundled payments for care improvement: lessons learned in the first year. *Journal of orthopaedic trauma.* 2016 Dec 1;30:S50-3.
- 45** Centers for Medicare and Medicaid Services. Comprehensive Care for Joint Replacement: <https://innovation.cms.gov/innovation-models/cjr>
- 46** Symmetry® Episode Risk Groups® A successful approach to health risk assessment. © 2020 Optum, Inc.



- 47** Aexcel Performance Network Designation Measurement Methodology. AETNA 2020.
- 48** Porter, ME *et al.* How to pay for health care. *Harv Bus Rev*, 2016, 94.7-8: 88-98
- 49** Agarwal, Rajender *et al.* The Impact Of Bundled Payment On Health Care Spending, Utilization, And Quality: A Systematic Review: A systematic review of the impact on spending, utilization, and quality outcomes from three Centers for Medicare and Medicaid Services bundled payment programs. *Health Affairs*, 2020, 39.1: 50-57.
- 50** Cashin C, Chi YL, Smith PC, Borowitz M, Thomson S. [Paying for performance in health care: implications for health system performance and accountability](#). McGraw-Hill Education (UK); 2014 Sep 1.
- 51** Hospital Value-Based Purchasing. Quality domains and weights for FY 2021: <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/Hospital-QualityInits/Hospital-Value-Based-Purchasing->
- 52** 2021 Hospital Pay-for-Performance Program: <https://www.bcbsm.com/content/dam/public/Providers/Documents/value/2021-hospital-pay-performance-program.pdf>
- 53** Collaborative Quality Initiatives: <https://www.valuepartnerships.com/programs/collaborative-quality-initiatives/>
- 54** Michigan Value Collaborative: <https://michiganvalue.org>
- 55** Appleby J, Harrison T, Hawkins L, Dixon A. Payment by Results. How can payment systems help to deliver better care? The King's Fund 2012.
- 56** Feng, Yan *et al.* Pay for performance for specialised care in England: Strengths and weaknesses. *Health Policy*, 2019, 123.11: 1036-1041.
- 57** Commissioning for Quality and Innovation (CQUIN) scheme for 2020–2021: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2020/01/FINAL-CQUIN-20-21-Core-Guidance-190220.pdf>
- 58** Wenzl M, Chapman S. Performance-based managed entry agreements for new medicines in OECD countries and EU member states: how they work and possible improvements going forward. *OECD Health Working Papers No 115*. <https://www.oecd.org/health/health-systems/HWP-115-MEAs.pdf>
- 59** Clopés A, Gasol M, Cajal R *et al.* Financial consequences of a payment-by-results scheme in Catalonia: gefitinib in advanced EGFR-mutation positive non-small-cell lung cancer. DOI:10.1080/13696998.2016.1215991
- 60** Reyes-Travé A, Guarga-Solé L, Roig-Izquierdo M, Alonso-Pérez E, Clopés-Estela A, Delgadillo-Duarte J. Characterization of the Pharmaceutical Risk-Sharing Arrangement Process in Catalonia. <https://doi.org/10.1007/s40273-021-01046-1>
- 61** Guarga, L, Gasol M, Reyes A, Roig M, Alonso E, Clopés A, Delgadillo J. Implementing Risk-Sharing Arrangements for Innovative Medicines: The Experience in Catalonia (Spain). *Value Health*. Accepted for Publication: October 14, 2021
- 62** Clopés A, Soler F, Germà JR, Calle C. Pay-for-performance schemes: 10 years' experience in a comprehensive cancer center. *Med Clin (Barc)* 2022 Jan 19;S0025-7753(21)00739-9. doi: 10.1016/j.medcli.2021.12.008.
- 63** Hong, Young-Rock *et al.* Early performance of hospital value-based purchasing program in medicare: a systematic review. *Medical Care*, 2020, 58.8: 734-743.
- 64** Ryan, Andrew M. *et al.* Changes in hospital quality associated with hospital value-based purchasing. *New England Journal of Medicine*, 2017, 376.24: 2358-2366
- 65** Mathes, Tim *et al.* Pay for performance for hospitals. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019, 7.

- 66** Kim, Kyung Mi *et al.* Do penalty-based pay-for-performance programs improve surgical care more effectively than other payment strategies? A systematic review. *Annals of Medicine and Surgery*, 2020.
- 67** Liao, Joshua M; Navathe, Amol S; Werner, Rachel M. The impact of Medicare's alternative payment models on the value of care. *Annual review of public health*, 2020, 41: 551-565.
- 68** ACO: <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/ACO>
- 69** Shared Savings Program: <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/sharedsavingsprogram/about>
- 70** Song, Zirui *et al.* Health care spending, utilization, and quality 8 years into global payment. *New England Journal of Medicine*, 2019, 381.3: 252-263.
- 71** Cattell, Daniëlle; Eijkenaar, Frank. Value-based provider payment initiatives combining global payments with explicit quality incentives: a systematic review. *Medical Care Research and Review*, 2020, 77.6: 511-537.
- 72** PACE: <https://www.npaonline.org/sites/default/files/PDFs/PACE%20Quick%20Facts.pdf>
- 73** PACE: <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Manuals/Downloads/pace111c13.pdf> ; <https://www.cms.gov/medicare/health-plans/pace/downloads/programagreement.pdf>
- 74** NPA Analysis of PACE Upper Payment Limits and Capitation Rates, March 2017.
- 75** Segelman, Micah *et al.* Hospitalizations in the program of all-inclusive care for the elderly. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2014, 62.2: 320-324.
- 76** Division of Health Care Finance and Policy, Executive Office of Elder Affairs. (2005). PACE Evaluation Summary. Accessed online on May 25, 2011.
- 77** Kane, Robert L *et al.* Variations on a theme called PACE. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 2006, 61.7: 689-693.
- 78** Leavitt, M. (2009). Interim report to Congress. The quality and cost of the Program of All-Inclusive Care for the Elderly. Mathematica Policy Research evaluation prepared for the Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services for submission to Congress.
- 79** National PACE Association. (2018). PACE Reduces Burden of Family Caregivers, Aug. 30.
- 80** Vouri, Scott Martin *et al.* Changes in mood in new enrollees at a program of all-inclusive care for the elderly. *The Consultant Pharmacist®*, 2015, 30.8: 463-471.
- 81** Designing integrated care systems (ICSs) in England. An overview on the arrangements needed to build strong health and care systems across the country. NHS England 2019.
- 82** NHS Better care fund: <https://www.england.nhs.uk/ourwork/part-rel/transformation-fund/better-care-fund/better-care-fund-support-offer/>
- 83** The Social Care Institute for Excellence. Pooling budgets and agreeing risk share to develop coordinated care: <https://www.scie.org.uk/integrated-care/better-care/guides/bring-budgets-together/pooling>
- 84** Hendry A, Thompson M, Knight P, McCallum E, Taylor A, Rainey H *et al.* Health and Social Care Reform in Scotland – What Next? *International Journal of Integrated Care*. 2021;21(S2):7. DOI: <http://doi.org/10.5334/ijic.5633>



- 85** Personal Health Budget: <https://www.england.nhs.uk/personalisedcare/evidence-and-case-studies/>
- 86** Personal Health Budget: <https://www.england.nhs.uk/personal-health-budgets/>
- 87** Fleming, Pádraic *et al.* Individualised funding interventions to improve health and social care outcomes for people with a disability: a mixed-methods systematic review. *Campbell Systematic Reviews*, 2019, 3.
- 88** Rocks S, Berntson D, Gil-Salmerón A, Kadu M, Ehrenberg N, Stein V, Tsiachristas A. Cost and effects of integrated care: a systematic literature review and meta-analysis. *The European Journal of Health Economics*. 2020 Nov;21(8):1211-21.
- 89** Brosa F, Agustí E, Salvador X. Els sistemes de pagament de la sanitat pública a Catalunya, 1981-2009. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut; 2009.
- 90** WHO Europe. [Thirty-year retrospective of Catalan health planning. Driver of health system transformation](#). 2020.
- 91** Colls C, Mias M, García-Altés A. Un índice de privación para reformar el modelo de financiación de la atención primaria en Cataluña. *Gaceta Sanitaria*. 2020 Jun 19;34:44-50. <https://www.gacetasanitaria.org/es-linkresolver-un-indice-privacion-reformar-el-S0213911118302176>
- 92** Decret 118/2014, de 5 d'agost, sobre la contractació i prestació dels serveis sanitaris amb càrrec al Servei Català de la Salut.
- 93** Resolució del 2020.
- 94** Índex de qualitat de la prescripció farmacèutica de la medicació hospitalària de dispensació ambulatoria (IQF-MHDA). Versió 2021. Servei Català de la Salut. Gerència del Medicament. 12 de març de 2021.
- 95** Varela J. Salud comunitaria basada en la evidencia. *Avances en Gestión Clínica*. Octubre 2018. <http://gestionclinicavarela.blogspot.com/2018/10/salud-comunitaria-basada-en-la-evidencia.html>
- 96** Varela J. Las fracturas de fémur ¿Se podría reducir su incidencia? *Avances en Gestión Clínica*. Septiembre 2012. <http://gestionclinicavarela.blogspot.com/2012/09/las-fracturas-de-femur-se-podria.html>
- 97** Inzitari M. Romper la “triada maldita” caídas-inmovilidad-delirium, tema pendiente en la calidad de los hospitales. *Avances en Gestión Clínica*. Junio 2017. <http://gestionclinicavarela.blogspot.com/2017/06/romper-la-triada-maldita-caidas.html>
- 98** Integrating long-term care into a community based continuum. <https://irpp.org/research-studies/integrating-long-term-care-into-a-community-based-continuum/>
- 99** Bell M, Charlesworth A, Lewis R. REAL Centre Briefing: The future of the NHS hospital payment system in England. From recovery to transformation. The Health Foundation July 2021.
- 100** Varela J, Brugués A, Bayona X, Roure C, Benavent J. Innovant en l'atenció primària a Catalunya: una aproximació a la realitat. Observatori La gestió importa. 24 de març de 2021. <http://lagestioimporta.cat/arees/innovant-en-latencio-primaria-a-catalunya-una-aproximacio-a-la-realitat/>

