

## El concepto de valor en atención sanitaria: una magnitud en la que el paciente cuenta

The concept of value in health care:  
a magnitude where the patient counts and tells

**Fernando César Alesso**

### RESUMEN

El presente artículo caracteriza un conjunto de criterios y mecanismos que, bajo la denominación de *Value-Based Health Care (VBHC)* o sus variadas traducciones, han comenzado a aplicarse en distintos países para la atención de beneficiarios a cargo de entidades financiadoras (aseguradoras, obras sociales, empresas de medicina prepaga, etc.) con el propósito de evaluar e incentivar aquello que se concibe como “valor” del servicio brindado al paciente. Se abordan al respecto tres cuestiones medulares: qué cabe entender en este contexto como valor, a quién o quiénes apunta y cómo puede medirse. Se propone también una metodología para su aplicación práctica.

*Palabras Clave: valor; atención sanitaria; asimetría informativa; efectividad; eficiencia.*

### ABSTRACT

This paper characterizes a set of criteria and mechanisms that, under the name of Value-Based Health Care (VBHC) or its various translations, have started to be used in different countries for the caring of health insurance patients with the purpose of evaluating and encouraging what is conceived as the “value” of the service provided. Three core aspects are addressed: what could be understood as value in this context, whom it is aimed to and how it could be measured.

*Keywords: value; health care; asymmetric information; effectivity; efficiency.*

**Fernando César Alesso**  
[fernandoalesso@gmail.com](mailto:fernandoalesso@gmail.com)

Universidad Nacional del Nordeste

Fundación H. A. Barceló

ARGENTINA

### COMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Alesso F. C. (2022). El concepto de valor en atención sanitaria: una magnitud en la que el paciente cuenta. *Revista de la Facultad de Ciencias Económicas*, 28(1), 173 - 195.

<http://dx.doi.org/10.30972/rfce.2815948>



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Revista de la Facultad de Ciencias Económicas  
ISSN 1668-6357 (formato impreso) ISSN  
1668-6365 (formato digital) por Facultad de  
Ciencias Económicas Universidad Nacional  
del Nordeste (UNNE) Argentina se distribuye  
bajo una Licencia Creative Commons  
Atribución – No Comercial – Sin Obra  
Derivada 4.0 Internacional.

## 1. INTRODUCCIÓN

La reciente pandemia de COVID-19 ha puesto bajo escrutinio y sometido a debate la atención sanitaria, tanto preventiva como curativa, y lo ha hecho a nivel prácticamente planetario. Testeo sintomático y asintomático, control en domicilio, internación en aislamiento, asistencia respiratoria, vacunación, etc. han sido permanentemente sopesados en términos de impacto y de costo para determinar cuánto valor aportaban a la salud de la población.

Se entiende coloquialmente al valor de la atención sanitaria como conjunción de aquello que la salud del paciente requiere, que este mismo aprecia y que puede solventarse. El título de este trabajo hace referencia a que, en la búsqueda del valor de la atención sanitaria, el paciente *cuenta*; es decir, que a la vez tiene importancia y expresa su punto de vista. Para Porter (2010, como se cita en Baumhauer y Bozic, 2016), el valor debería estar siempre definido en relación con el cliente, y en la atención sanitaria la creación de valor para los pacientes debería determinar las recompensas de los restantes actores del sistema. Reflexiona el autor que, dado que el valor depende de los resultados y no de los insumos, en la atención sanitaria debe estar medido en términos de los efectos obtenidos y no del volumen de servicios suministrados.

En distintos ámbitos y particularmente en la atención asistencial, el vocablo “valor” tiene un significado amplio y a menudo difuso. A una prestación puede adjudicársele un alto valor diagnóstico (semiótico) o terapéutico, considerando su eficacia (relación causa-efecto), su efectividad (obtención –en la práctica– de objetivos propuestos) o su eficiencia (economía de recursos en la obtención de objetivos, y enunciada en términos de costo-efectividad, costo-utilidad o costo beneficio, entre otras formulaciones)<sup>1</sup> (Reynolds y Gaspari, 1986; Drummond *et al.*, 1991). También puede resultar valiosa por el bienestar que produce o el padecimiento que evita, priorizando en tal caso su impacto sensorial por sobre el estrictamente diagnóstico o terapéutico.

Kotler (2001) define al valor para el cliente como diferencia entre los beneficios que espera recibir del satisfactor (refiriéndose al bien o servicio ofrecido) y el costo total que debe soportar (tiempo, esfuerzo, dinero).

Marchionna y Marchiori (2012, p. 50) entienden que “el valor está en la mente. Es un concepto etéreo, que no es entendido de manera similar por distintas personas, más allá de que pertenezcan a algo que a priori se haya llamado un segmento de clientes”.

A su vez, y así como en *Marketing* –y aun con alguna variación en la terminología– es aceptado que el rol de cliente cabe eventualmente a distintos individuos participantes de una misma compra al intervenir en carácter de iniciador, influyente, decisor, comprador, usuario/consumidor o pagador, en una cobertura médico-asistencial el cliente de una prestación diagnóstica o terapéutica puede ser: a) el paciente haciendo uso de la cobertura, b) el financiador

<sup>1</sup> Costo-efectividad: relación entre unidades naturales de determinado impacto (años de vida o días laborables ganados, mm de presión arterial reducidos, etc.) y el costo de su obtención.

Costo-utilidad: relación entre el incremento en años de vida (reducción de mortalidad) ajustados por calidad de vida (reducción de morbilidad), y el costo de su obtención.

Costo-beneficio: relación entre las unidades monetarias obtenidas o ahorradas y las insumidas para lograrlas.

solventando la atención, c) el prestador o proveedor<sup>2</sup> actuando en este caso como prescriptor o solicitante de la intervención de otro prestador, o bien d) el comprador, en caso de tratarse de alguien distinto del financiador y con mandato de este, seleccionando y contratando al prestador con cargo a aquel. Una vez establecido qué se entiende por valor e identificado para quién, debe especificarse en qué unidades homogéneas y comparables conviene expresarlo.

Este trabajo se propone conceptualizar el valor en la atención sanitaria y plantear una alternativa de medición susceptible de ser incorporada a las fórmulas de remuneración. A tal fin desarrolla un estudio cualicuantitativo, eminentemente descriptivo, con relevamiento de fuentes secundarias y tomando como variables de análisis determinados atributos de la prestación o provisión sanitaria, para formular luego una metodología orientada a la aplicación en terreno de los conceptos desarrollados. Se estructura el trabajo de la siguiente manera: primero se exponen los antecedentes teóricos implicados en la problemática, luego se reseñan antecedentes de aplicación práctica de conceptos referidos al valor de la atención sanitaria, posteriormente se plantea una forma de medir dicho valor, y por último se propone una técnica para aplicar esa medición al pago de la atención.

## 2. ANTECEDENTES TEÓRICOS

Se resumen a continuación conceptos y enfoque teóricos fundamentales para la interpretación de lo que se ha analizado y propuesto.

### 2.1. Asimetría informativa y relación de agencia

Se conoce como relación de agencia al vínculo que se genera cuando alguien (*principal*) delega en otro (*agente*) la realización de un conjunto de actividades, con cierta autonomía decisoria y en pretendido beneficio de la primera. Efectuada esa delegación, el agente puede tomar decisiones interesándose únicamente en el beneficio del principal o bien dando intervención a sus propios objetivos de beneficio. Actúa como agente *perfecto* en el primer supuesto y como *imperfecto* en el segundo. Más aún, cuando el agente prioriza su utilidad por sobre la del principal, su comportamiento es calificado como *oportunista*.

La información involucrada en la atención sanitaria se distribuye en proporción radicalmente dispar entre el prestador, el paciente y el financiador. Normalmente el primero dispone de más y mejores conocimientos que el paciente para diagnosticarle una posible dolencia y pro-

---

<sup>2</sup> Se emplean en este los términos prestador y proveedor como sinónimos para designar a quien brinda un servicio médico-asistencial, que puede incluir el suministro de bienes (placas, medicamentos, material de contraste, alimentación, etc.). El primer vocablo está más arraigado en la actividad sanitaria de nuestro país, mientras el segundo es más frecuente en la bibliografía de economía y gestión sanitarias de otras naciones de habla hispana.

poner un curso de acción a su respecto. Asimismo, siendo él quien toma contacto directo con el caso, a la hora de reportar los servicios supuestamente prestados y justificar la necesidad de otros –propios y de terceros– también aventaja en información a aquel que debe pagarlos: el financiador. Finalmente este último suele obtener algo hasta cierto punto diferente de lo que supone haber abonado, toda vez que las fórmulas de remuneración (tema que luego introduciremos) dejan un amplio margen discrecional al prestador: terreno fértil para que se intenten o presuman comportamientos oportunistas (Alesso, 2017).

En atención a lo expuesto, no pueden obviarse los efectos de la conjunción entre la asimetría informativa y la presión ejercida sobre el prestador por las industrias farmacéutica, protésica y de aparatología para incentivar la demanda de sus productos.

## 2.2. Oferta, demanda y necesidad en la atención sanitaria

En el mercado de la atención médico-asistencial, a las ya conocidas oferta y demanda (cantidad de un servicio o suministro que se está dispuesto a vender o comprar a determinado precio) debe agregarse la necesidad, entendida como cantidad de dicho servicio o suministro que, con la evidencia científica y la tecnología existentes, produciría mejoras en el estado de salud del paciente. Su interacción con las otras dos magnitudes está reflejada en la figura 1.

El concepto de necesidad aparenta una nitidez infrecuente en la práctica: la aplicación a cada caso específico suele ser materia debatible, aun cuando puedan alcanzarse consensos –algunos incluso materializados en protocolos– sobre las mejores prácticas diagnósticas o terapéuticas.



**Figura 1. Interacción entre oferta, demanda y necesidad**

Fuente: Elaboración propia.

Ante la ya referida asimetría informativa que predomina en la actividad, la oferta tiende a crear su propia demanda con cierta prescindencia de la necesidad, así como la necesidad puede no estar cubierta por la oferta ni exteriorizada por la demanda. Una mayor cantidad de especialistas (“...ólogos”) en determinada rama de la Medicina implica con certeza una mayor cantidad de prestaciones en ese segmento de atención, potencialmente con mejor diagnóstico y terapéutica, pero en desmedro económico-financiero de la atención clínica general o de otras ramas que sean percibidas como menos redituables por la profesión (Alesso, 2017).

### 2.3. Atención sanitaria basada en el valor

Barrubés, *et al.* (2019) subrayan que la medicina se ha basado tradicionalmente en la evaluación de los actos asistenciales casi por separado y en términos de eficacia, eficiencia y su costo-efectividad, con la medicina basada en la evidencia asentándose en esos principios, así como la aproximación desde el mundo de la economía de la salud. Asimismo advierten que más recientemente se ha hecho hincapié en la seguridad de dichos actos sanitarios y en su pertinencia o adecuación al caso a tratar (*right care movement*), pero que –a diferencia de estos enfoques– la atención sanitaria basada en el valor enfatiza el resultado global del conjunto del proceso asistencial realizado sobre los pacientes, y lo hace en relación al esfuerzo económico incurrido. En el citado trabajo se considera que el aporte de la atención sanitaria basada en el valor se resume en orientar la práctica asistencial hacia aquellas actividades que generen los mejores resultados en salud, relevantes para el paciente, por cada unidad de gasto insumida.

Para Porter y Teisberg (2006) el valor de la atención sanitaria surge del cociente entre los resultados sanitarios y el costo de obtenerlos. Tal concepto se aproxima a los más específicos –y ya comentados– de costo-efectividad y de costo-utilidad.

Según la Asociación Médica Americana (*American Medical Association*), los componentes fundamentales del valor son los siguientes (Smith, 2020): seguridad (*safety*), oportunidad (*timeliness*), efectividad (*effectivity*), eficiencia (*efficiency*), equidad (*equity*) y centralidad del paciente (*patient-centeredness*).

Cada uno de tales componentes requiere definición; ya se lo ha hecho para la *efectividad* y la *eficiencia* –si bien existen diferentes interpretaciones– y se dejarán las restantes enunciadas como noción con la siguiente y escueta explicación, que corre por propia cuenta: la *seguridad* implica no exponer al paciente ni al personal sanitario a riesgos innecesarios; la *oportunidad* significa facilitar el acceso a la atención cuando es requerida y cuando su impacto es significativo en el estado de salud del paciente; la equidad es entendida en el doble sentido de igual trato a quienes se encuentran en similar condición, y diferente a quienes están en situación desigual; la *centralidad del paciente*, por último, surge de una concepción superadora del ya comentado rol pasivo y abnegado, entendiendo al paciente como alguien dotado de discernimiento y opinión, titular del derecho de preservar o recuperar su salud, o de sobrellevar sus dolencias de la manera más humana posible.

El Instituto para Mejora de la Atención Sanitaria (*Institute for Healthcare Improvement*) de EE.UU. tradujo dichos componentes en un marco para la acción, que dio en llamar “triple propósito” (*Triple Aim*) referido a 1º) mejores resultados para el paciente, 2º) mayor satisfacción de su parte, y 3º) reducción de costos (Smith, 2020). Esto se amplió luego a un cuádruple propósito que incluye allanar la tarea de los prestadores, a los profesionales en particular y al personal sanitario en general.

Para la ya referida asociación médica, un sistema sanitario de alto valor presenta los siguientes atributos: visión clara y compartida centrada en el paciente, liderazgo y profesionalismo en el personal sanitario, infraestructura robusta de tecnología informática, acceso amplio a la atención, y modelos de pago retributivos del incremento de calidad por sobre el volumen.

Según sostienen Leung y Merode (2019), la optimización de resultados que interesa a los pacientes deriva de alinear los servicios médico-asistenciales y de soporte, la investigación, la innovación y la tecnología informática, pero el incremento en el valor de la atención beneficia también a prestadores, aseguradoras y al sistema sanitario en general en términos de efectividad comparada con costo.

Estos autores recalcan la dificultad que conlleva medir la calidad de atención, con posibilidades ilimitadas pero susceptibles de circunscribir mediante directrices basadas en la evidencia. Refieren a mediciones que siguen los lineamientos marcados por el célebre médico y sanitarista, Dr. Avedis Donabedian, en el sentido de clasificar los indicadores en tres categorías: 1) Infraestructura: soporte físico para la provisión de cuidados, 2) Procesos: referidos a de procedimientos necesarios para la prevención o el tratamiento de dolencias, y 3) Resultados: inclusivos de estados de salud, medidas clínicas, *PROMs*, experiencias de pacientes, calidad de vida, etc.

La medición de los resultados suele ser a la vez multidimensional y específica para cada condición clínica, con identificación de cohortes en poblaciones con cierta condición clínica y en determinado estado de salud (Porter, 2010; Leung y Merode, 2019). Para ello resulta imprescindible sistematizar el conocimiento sobre criterios diagnósticos y clínicos propios de la casuística (Leung y Merode, 2019).

Por otra parte y en lo que atañe al costo, su cálculo presenta usualmente alguna complejidad<sup>3</sup> y la técnica para llevarlo a cabo puede variar sustancialmente de prestador a prestador.

Según Porter (2010), las mejoras en el desempeño y responsabilidad (*accountability*) sobre él dependen generalmente de la existencia de objetivos que unifiquen intereses y actividades de todas las partes interesadas (*stakeholders*); no obstante, en la atención sanitaria esos interesados tienen un sinnúmero de objetivos, frecuentemente contrapuestos, referidos a la accesibilidad, calidad, eficiencia, seguridad, rentabilidad, satisfacción, etc.

<sup>3</sup> Esta se vislumbra particularmente en la atribución de costos indirectos (respecto de la unidad de costeo) y/o fijos (en relación con el volumen de actividad).

## 2.4. Fórmulas de remuneración

En primer término, se entiende por sistemas de pago o fórmulas de remuneración a “la forma en que se organiza la compensación económica, normalmente monetaria, que recibe un prestador sanitario por la prestación de sus servicios a un paciente o grupo de pacientes” (Álvarez, Pellisé y Lobo, 2000, p. 56).

Los sistemas de pago de prestaciones sanitarias presentan dos dimensiones principales (Pellisé, 2000):

### Definición de la unidad de pago

Surge de estimar cantidades y precios de las prestaciones y provisiones efectuadas o de los productos –intermedios o finales– generados por el prestador para atender un caso concreto o los que puedan presentarse en un grupo de beneficiarios.

Las unidades se diferencian por el grado de agregación de los servicios y suministros que incluyen. Puede decirse que la unidad más desagregada o menos global es el pago por *prestación o provisión específica*, y las más agregadas o globales son la *cuota* (cierto menú prestacional por un período para un beneficiario o grupo familiar específicos), la *cápita* (igual a la cuota pero con un valor unificado para un padrón o grupo extenso de beneficiarios debidamente identificados) y la *cartera fija* (igual a la cápita pero de carácter global para un grupo de beneficiarios sin identificar, cuya pertenencia puede ser verificada al producirse el consumo).



**Figura 2. Nivel de agregación de las unidades de pago**

Fuente: Elaboración propia.

“Este criterio de ordenación es sumamente trascendente, ya que determina el tipo de incentivo que el financiador emite al prestador, al determinar qué productos y qué insumos entran en juego en el concepto de eficiencia que se está incentivando” (Álvarez *et al.*, 2000, p. 56).

### Distribución de los riesgos financieros

Una vez establecida la unidad de pago, debe definirse la fórmula de remuneración. Por ejemplo: tarifa única o diferenciada, y en este caso fijando condiciones y rangos para cada tarifa.

Cada unidad de pago y fórmula de remuneración conlleva una diferente distribución de riesgos financieros entre el prestador y el financiador, es decir: una asignación particular de cuáles costos debe cada uno soportar.

En la figura 3. (expuesta en el anexo) se esquematizan algunos de los principales incentivos positivos y negativos –así como otras ventajas y desventajas– de las unidades de

pago y fórmulas de remuneración más frecuentemente encontrados en la práctica y/o en la bibliografía.

Del cuadro se desprende que de cada fórmula de pago cabe esperar algunos efectos buscados y otros adversos. Ante la asimetría informativa imperante, estos últimos pueden tener en los hechos una magnitud tal que obnubile el impacto de los primeros y torne la implementación, por tanto, desaconsejable.

El análisis hasta aquí se circunscribe a cómo la fórmula de cancelación tiende a influir en la actuación del prestador, cómo afecta operativamente y económicamente al financiador. De hecho, el abordaje convencional al valor de la atención sanitaria se expresa habitualmente en términos de efectividad y de costo, con modelos económicos cuantitativos que permiten calcular costo-efectividad, utilidad o impacto económico, obviando –por tanto– la percepción del paciente. Para aportar esa perspectiva surgen medidas como las *PROMs*<sup>4</sup>, referidas a continuación.

## 2.5. Medidas reportadas por el paciente (*patient-reported measures* o **PROMs**)

Según está aceptado por los etimologistas, el vocablo paciente proviene del latín *patiens*, participio de *pati*, *patior*, que significa sufrir o padecer, derivado del verbo griego *πάσχειν* (= *paskhein*) y su acción y efecto *πάθος* (= *pathos*). Es pertinente mencionar que también el sustantivo paciencia tiene ese origen, y quizá tal coincidencia derive en el concepto tradicional de paciente como alguien que sufre abnegadamente. Esa circunstancia, sumada a la ya comentada asimetría informativa y a una posible o aparente escasez de opciones a su alcance, suele desdibujar en él la condición de *cliente* atribuyéndole o presuponiendo de su parte paciencia y/o pasividad frente al accionar del profesional en quien ha depositado fe y confianza (Alesso, 2017).

Para el paciente el valor puede variar según la etapa de la enfermedad y de la vida, de las preferencias personales, de la aptitud de los tratamientos para posibilitar el logro de metas personales, etc. (Zafar *et al.*, 2009; Havrilesky *et al.*, 2014 y Food and Drug Administration, 2016; como se cita en Perfetto *et al.*, 2017). Las *PROMs* surgen de indagar la opinión del paciente reconociéndole un rol activo y crítico. Son obtenidas a partir de cuestionarios diseñados y testeados con pacientes y profesionales respecto de patologías específicas o condiciones generales de salud y de calidad de vida. Mediante el cotejo de determinadas respuestas previas y posteriores a los procedimientos realizados al paciente puede inferirse la mejora o el deterioro según su percepción, posibilitando la comparación de desempeños entre diferentes procedimientos y prestadores.

La información proviene directamente de los pacientes, con referencia a cómo se sienten o cómo funcionan, en relación con una condición de salud y su terapéutica, y en la obtención de respuestas no media la interpretación de profesionales sanitarios o terceros. Puede estar referidas a síntomas, status funcional, tolerancia, conveniencia, etc.

<sup>4</sup> Por la extensión de su empleo en la bibliografía especializada, mantendremos –con bastardillas– las siglas en inglés y su pluralización.



## **2.6. Costeo basado en la actividad conducido por tiempo (*time-driven activity-based costing* o *TD-ABC*)**

Siguiendo a Podmoguilyn (2004, p. 4) puede entenderse al costo como “toda vinculación (conexión/relación) coherente entre un objeto o resultado productivo y los factores o recursos necesarios para lograrlo”. Ese objeto o resultado productivo es denominado unidad de costeo, y es asociado tradicionalmente con un bien, un servicio, un proceso o un conjunto de ellos.

Opuesta a esa visión, la denominada “teoría heterodoxa del costo” extrema el enfoque marginalista –que evalúa situaciones hipotéticas y las compara con las previas– y sostiene que cuando se habla de costo se hace referencia a situaciones en las que se encuentra en juego una decisión y no una cosa. Postula, por ende, que “no existe costo del producto sino el de la decisión (Yardin y Demonte, 2004, p. 3).

La apropiación del costo a un servicio de atención sanitaria o a la decisión de brindarlo (según la posición escogida) puede encararse de muy variadas maneras, de las cuales –y a los efectos de este trabajo– nos interesa particularmente la del costeo basado en la actividad. Este enfoque parte del razonamiento de que los productos no consumen recursos sino actividades, y que son estas las que insumen recursos. Asimismo diferencia el tratamiento de los costos según se correspondan con cada unidad elaborada, con el lote de manufactura, con la línea de productos o con el giro operativo en general (Podmoguilyn, 2004).

La aplicación de los recursos a las actividades se efectúa mediante unidades denominadas inductores primarios o emisores de costo (*cost senders*) y la apropiación de las actividades a los productos se realiza a través de unidades diferentes de las anteriores, denominadas inductores secundarios o conductores de costo (*cost drivers*). Cuando se recurre al tiempo (minutos, normalmente) como conductor de costos, se habla entonces de costeo basado en la actividad conducido por tiempo.

## **3. ANTECEDENTES PRÁCTICOS**

A continuación se reseñan algunas investigaciones e iniciativas referidas o tendientes a la aplicación empírica del concepto de atención sanitaria basada en el valor.

### **3.1. Experiencias a nivel nacional y subnacional en Europa y Norteamérica**

De numerosas entrevistas realizadas por Mjåset *et al.* (2010) a ejecutivos, administradores y prestadores de Massachusetts, Países Bajos, Noruega e Inglaterra, se evidencia una sustancial falta de consenso en el significado y alcance de la expresión “atención sanitaria basada en el valor”. Varios de los entrevistados consideraron la terminología como ambigua e incierta.

No obstante, pudo encontrarse alguna coincidencia sobre la admisión de ciertos aspectos y atributos como constitutivos o demostrativos del valor en la atención médico-asistencial. Se reseñan a continuación algunos de ellos:

### **3.1.1. Unidades integradas de prestación**

Se organizan alrededor de una condición médica o un conjunto estrechamente relacionado de ellas, con un equipo asignado para discutir y programar cada ciclo de atención. El equipo implementa mejoras en los procesos basadas en información rigurosa de resultados y costos; asume responsabilidad y rinde cuentas por ellos.

### **3.1.2. Medidas de resultados**

Se enfatiza el empleo de *PROMs* obtenidas de cuestionarios como el de la Figura 4. (exhibida en el anexo) sobre patologías específicas o condiciones generales de salud y de calidad de vida.

A partir de un extenso relevamiento efectuado para el gobierno australiano, Williams *et al.* (2016) entienden que los países más avanzados en la implementación de *PROMs* a nivel país o de jurisdicciones subnacionales son Inglaterra<sup>5</sup>, los Países Bajos, Suecia y Estados Unidos, con un creciente abordaje en Canadá.

Según se deduce del referido relevamiento, las tres principales razones para su adopción son las siguientes: a) los pacientes son quienes mejor pueden juzgar el impacto de sus tratamientos en sus dolores, funciones, síntomas y calidad de vida; b) las *PROMs* ofrecen un respaldo importante para la atención centrada en el paciente; y c) la obtención de información sobre *PROMs* conduce a mejorar la calidad y seguridad de la atención.

### **3.1.3. Medidas de costos**

Se espera que los prestadores no solo mejoren los resultados, sino que también se esfuercen en contener los costos. La tendencia es a calcular el sacrificio de recursos mediante el costeo basado en la actividad conducido por tiempo (*time-driven activity-based costing* o *TD-ABC*).

El Servicio Nacional de Salud de Inglaterra (*National Health Service England - NHS England*) aplica el TD-ABC desde 2016 para la atención de agudos, salud mental y servicios de ambulancia, y anunció la intención de ampliarlo a otros segmentos de la cobertura. Noruega está preparando la implementación del costeo con este enfoque a nivel nacional. En Holanda hay iniciativas de *TD-ABC* para cuidado perinatal y atención ortopédica, si bien mayoritariamente el costeo es aún realizado sobre base presunta y priorizando su comprensión para los prestadores sanitarios. En el estado de Massachusetts (EE.UU.) este tipo de costeo es infrecuente, dada la falta de incentivos emergente de la generalización del arancel por prestación (*fee-for-service*).

### **3.1.4. Pago basado en el valor**

Las unidades agregadas de pago resultan más idóneas que el arancel por prestación para incentivar el valor de la atención. Se emplean generalmente grupos relacionados por el diag-

<sup>5</sup>El Servicio Nacional de Salud (National Health Service [NHS]) británico se compone de cuatro sistemas con sustancial autonomía operativa, uno por nación: Inglaterra, Gales, Escocia e Irlanda del Norte.

nóstico (GRD o DRGs) y, en el caso de la aseguradora Blue Cross (EE.UU.), categorías de manejo de pacientes (CMP o PMCs) como metodología alternativa a la anterior y superadora de ella en algunos aspectos (Young y Macioce, 1991; Young *et al.*, 1994). Estas metodologías agrupan la casuística sistemáticamente según sus características clínicas<sup>6</sup> y el consumo previsto de recursos.

Tales fórmulas de pago prevén un conjunto de servicios a cargo del prestador y otro conjunto de medidas de resultados por los cuales aquel asume responsabilidad, previendo asimismo la asignación de premios (*bonuses*) por el cumplimiento de objetivos.

En los Países Bajos y en Massachusetts las entidades privadas (las aseguradoras –ej.: Blue Cross, Zilverein Kruis, VGZ Zorgverzkering– y los empleadores) juegan un rol importante en la implementación de fórmulas agregadas de pago, en tanto que en el Reino Unido y Noruega es el gobierno quien la incentiva o exige.

### **3.1.5. Integración regional y geografía de atención**

La distribución regional de unidades integradas de prestación posibilita brindar el cuidado adecuado en las instalaciones adecuadas, con intervención del prestador adecuado y dentro de un sistema de atención de múltiples localizaciones (Mjåset *et al.*, 2010).

La integración de sistemas permite concentrar volumen en determinados centros según la complejidad y especialidad necesarias.

El gobierno de los Países Bajos trabaja activamente en la remoción de obstáculos en la cooperación entre la atención primaria y la especializada.

El Reino Unido y Noruega parecen haber resultado particularmente exitosos en la creación de centros de excelencia localizados estratégicamente en el territorio.

### **3.1.6. Tecnología de gestión de información**

De la investigación de Mjåset *et al.* (2010) se rescatan las siguientes características de los sistemas de información empleados para la implementación de atención basada en el valor: a) centrar la información en el paciente a lo largo de los servicios, lugares y momentos que intervienen en un ciclo completo de atención; b) incluir toda la información del paciente referida a su condición clínica; c) emplear definiciones de información en común; d) brindar acceso a los registros médicos a prestadores y pacientes; e) facilitar la extracción de medidas de resultados y costos por paciente y condición clínica, y su interoperabilidad entre prestadores y financiadores; y f) incluir patrones y sistemas expertos por cada condición clínica.

## **3.2. Rúbrica Modelo de Valores Centrados en el Paciente (*Patient-Centered Value Model Rubric*)**

Una iniciativa interesante fue llevada adelante por el Consejo Nacional de Salud (National Health Council – NHC) de EE. UU., que en 2016 desarrolló la referida rúbrica<sup>7</sup> sobre la centralidad del paciente, e incorpora su voz en la toma de decisiones referidas al desarrollo de

<sup>6</sup> Teniendo en consideración –en el siguiente orden– el sistema orgánico, la etiología (origen o causa) y la especialidad médica normalmente involucrada.

<sup>7</sup> El término “rúbrica” es empleado aquí para describir una herramienta dotada de criterios y mecanismos de evaluación.

sistemas de atención. A tal fin organizó una mesa redonda con organizaciones de pacientes, financiadores, prestadores, empresas biofarmacéuticas e investigadores para capturar la expectativas de los distintos actores y delinear criterios de centralidad del paciente. Se definieron allí los siguientes seis ejes (Perfetto *et al.*, 2017):

- 3.2.1. **Colaboración:** el paciente debe estar informado de cada etapa del desarrollo y difusión de los sistemas de atención.
- 3.2.2. **Transparencia:** los supuestos asumidos y la información recabada deben estar expresados en términos inteligibles para el paciente.
- 3.2.3. **Inclusión:** las perspectivas de las comunidades de pacientes deben ser tomadas en consideración.
- 3.2.4. **Diversidad de pacientes y poblaciones:** las diferencias entre conjuntos de pacientes, etapas de vida y trayectorias de enfermedad resultan relevantes.
- 3.2.5. **Significatividad de resultados:** los efectos identificados por el paciente como importantes en función de sus aspiraciones, metas y experiencias deben intervenir en las decisiones sobre su atención.
- 3.2.6. **Información centrada en el paciente:** los sistemas de información deben permitir una ágil incorporación de los resultados reportados por los pacientes.

### **3.3. Esquema desarrollado por Kaiser Permanente para atención de patologías crónicas**

Por último, amerita mención el caso de Kaiser Permanente, entidad sin fines de lucro que integra las funciones de financiador y de prestador para más de 12 millones de beneficiarios. Ofrece cobertura médico-asistencial (*Kaiser Foundation Health Plan – KFHP*) y contrata grupos médicos regionales (*Permanent Medical Groups – PMGs*) por capitación y bajo condición de exclusividad, así como a través de 39 hospitales propios (*Kaiser Foundation Hospitals – KFHS*) en cuyo ámbito se desempeñan profesionales contratados bajo variadas modalidades (Kaiser Permanente, s.f.; Nuño, 2007).

Kaiser Permanente desarrolla buenas prácticas de gestión a nivel macro, con enfoque poblacional; a nivel meso, mediante integración de la atención; y a nivel micro, mediante liderazgo clínico, todo ello orientado a priorizar la gestión de patologías crónicas, potenciar la atención ambulatoria y reducir la frecuentación y estadía hospitalarias (Nuño, 2007). Su exhaustivo registro de reemplazos totales de articulaciones para cirugías electivas de rodilla o cadera, tomado como referencia para numerosos artículos científicos, hace uso extensivo de *las PROMs*.

Puntualmente en la gestión de patologías crónicas existe un esquema de atención, graficado en la figura 5, que se basa en la intervención en los estilos de vida y el abordaje farmacológico, con seguimiento de equipos interdisciplinarios que citan a aquellos pacientes que incumplen los objetivos y se valen de aplicativos con recordatorios preventivos para los pacientes. Si se presentan problemas de adherencia a los tratamientos, comorbilidades (más de una patología crónica) y tratamientos más complejos, se interviene en apoyo al autocuidado

mediante gestores de cuidados (*care managers*), enfermeras especialistas, farmacéuticos y/o trabajadores sociales. Finalmente, si se está frente a patologías avanzadas o fragilidad del paciente, se encara entonces un seguimiento intensivo de cada caso mediante gestores de casos (*case managers*) con programas sumamente estructurados de intervención.



**Figura 5. Gestión de patologías crónicas con cobertura de Kaiser Permanente**

Fuente: elaboración propia sobre texto de Nuño (2007). Buenas prácticas en gestión sanitaria: el caso Kaiser Permanente. *Revista de Administración Sanitaria*, 5(2), 283-292.

El enfoque de Kaiser Permanente pone el acento en dos elementos tendientes a la racionalización en el empleo de los recursos: la orientación al cuidado de una población en progresivo envejecimiento y –por ende– con creciente cronicidad en las patologías, y la prescindencia de intervención innecesaria de personal médico, particularmente onerosa, en favor de la de otros profesionales y auxiliares sanitarios. Para tan profusa cohorte de pacientes, la efectividad, la eficiencia y la satisfacción se insinúan de este modo equilibradamente combinadas.

#### 4. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En coincidencia con Iandolo *et al.* (2007), el cliente –paciente, en este caso– debe ser concebido no solo como receptor final de una transacción –aquí prestación sanitaria– sino como un sujeto activo frente a otros actores implicados en un proceso de creación de valor, un valor compuesto y apto para satisfacer de distintas maneras las necesidades de las partes. En esa concepción, la red de relaciones que se entabla entre los distintos actores que intervienen

en la atención sanitaria se plasma en la implementación de un intercambio relacionado no solo con bienes y servicios, sino también con conocimiento técnico-profesional (protocolos, guías clínicas, procedimientos, programas, investigación, entrenamiento, etc.) y de gestión. La atención sanitaria deviene entonces en un sistema que abarca la gestión de recursos y relaciones y que, en orden a crear valor, debe contemplar todas a todos sus integrantes.

Se trata de una cocreación de valor en la que el paciente debe necesariamente involucrarse, pero donde también es menester que el prestador esté predispuesto a desplegar y poner en práctica su saber, y el financiador pueda solventarlo con unos recursos axiomáticamente escasos frente a demandas competidoras entre sí y potencialmente infinitas.

Si se adopta el enfoque del cuádruple propósito (efectividad, satisfacción del paciente, eficiencia y practicidad) ya referido en los antecedentes teóricos y en la discusión de resultados, es dable concebir al valor de la atención sanitaria como emergente de una mezcla de sus componentes: impacto sobre el estado de salud, satisfacción del paciente, economía de recursos y facilidad para el prestador, atributos que serán referidos abreviadamente y en ese orden como efectividad, satisfacción, eficiencia y –con alguna holgura semántica en beneficio de la síntesis– practicidad. Es oportuno señalar que en la evaluación de alternativas idóneas para lograr determinado resultado diagnóstico o terapéutico, habitualmente existe cierto *trade-off* entre los mencionados atributos: más de uno suele implicar menos de otro u otros.

El análisis puede estar referido a prácticas o procedimientos individualmente considerados, pero también extenderse a todo el circuito de atención previsto para una patología. Pueden entonces, en términos más amplios, evaluarse los atributos para los que serán genéricamente denominados como *cursos de acción*.

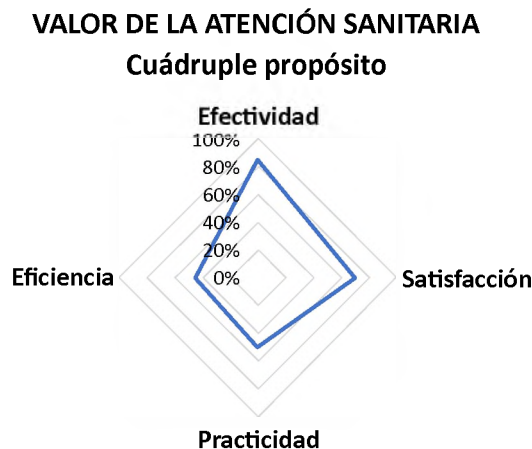
Va de suyo que la valoración económica de los servicios del prestador supone oposición de intereses entre este y el financiador: lo que para el primero es ingreso, para el segundo es costo en lo que aparenta un juego de suma cero. Se ha incluido a la satisfacción con aspiración de evaluarla desde la perspectiva del paciente, pero la intervención del prestador requiere un justiprecio que también la vuelva atractiva (satisfactoria) para él. El cumplimiento de esa condición frecuentemente antagoniza con la buscada eficiencia, si bien debe ser evaluada teniendo en consideración no solo los costos que el curso de acción genera, sino también los que evita. En este punto no debe perderse de vista que para un mismo paciente puede haber más de un prestador, con lo que la confluencia de intereses se vuelve todavía más compleja.

Quizá un ejemplo clarifique la cuestión: una internación prolongada en espera de prótesis, por demora en la provisión de este elemento, puede ser riesgosa para el paciente, onerosa para el financiador, indistinta para el médico, pero conveniente para una clínica con alta carga de costos fijos, camas ociosas y facturación por día de estadía. ¿Es valiosa esa internación? Intrínsecamente –en tanto prestación sanitaria– claramente no lo es, pero para alguien –como negocio con escaso costo de oportunidad– sí.

No obstante lo dicho, cabe reconocer que en la mayoría de los estudios que indagan sobre el valor de la atención sanitaria, la satisfacción del prestador queda relegada frente a otros aspectos, y claramente no es uno menor. Quizá esto obedezca a que, en virtud de la asimetría informativa antes comentada, el médico sea tradicionalmente visto como preeminente frente a sus contrapartes, con lo que su satisfacción suele darse por sentada. Esta restricción en el enfoque parece difícil de subsanar y probablemente requiera una evaluación específica y a la vez conjunta de satisfacciones: la del paciente, la del prestador (agregando rentabilidad y otros atributos a la referida practicidad) y la del financiador (ya reflejada parcialmente en la eficiencia).

Volviendo a los componentes del cuádruple propósito y tratándose de magnitudes susceptibles de medición –cada una– en unidades diferentes, puede emplearse una puntuación relativa (porcentual, por ejemplo) en relación con la mejor opción disponible respecto del atributo evaluado. Así, el curso de acción consensuado como más efectivo para determinada casuística, al momento del análisis, fijaría la referencia del 100% en el puntaje de efectividad; el evaluado como más eficiente haría lo propio con la eficiencia, y del mismo modo se procedería con la satisfacción y la practicidad.

Llevando lo propuesto a un gráfico radial como el de la Figura 6., con un curso de acción que resulte, comparado con la mejor alternativa en términos de cada atributo, un 85% efectivo, un 70% satisfactorio, un 45% eficiente y un 50% práctico, puede interpretarse al área del cuadrilátero como representativa del valor que el curso de acción genera.



**Figura 6. Valor de la atención sanitaria según un cuádruple propósito**

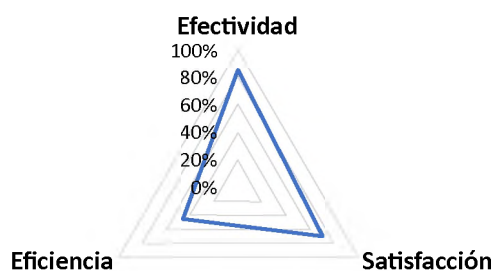
Fuente: Elaboración propia.

Siendo la practicidad un aspecto de la atención cuyos criterios y mecanismos de evaluación y medición se encuentran hasta el momento menos desarrollados, podría prescindirse de su intervención hasta contar con ese respaldo. Esto retrotraería el concepto de valor al ya

referido triple propósito, representado radialmente en la Figura 7. para idénticos puntajes relativos de los atributos de efectividad, satisfacción y eficiencia.

### VALOR DE LA ATENCIÓN SANITARIA

#### Triple propósito



**Figura 7. Valor de la atención sanitaria según un triple propósito**

Fuente: Elaboración propia.

Aunque necesariamente parcial para un concepto complejo e intangible, la medición del valor ofrece –cuanto menos– una doble utilidad práctica: por un lado permite orientar la prestación hacia cursos de acción dotados de las mejores combinaciones de atributos y donde la percepción del paciente reciba el esmero que corresponde, y por otro provee un equilibrado criterio de priorización para asignar recursos frente a una demanda de servicios con incesante incorporación tecnológica.

Si la intención es incentivar el valor en la negociación de aranceles, primero debe cuantificárselo y luego hacerlo intervenir en la fórmula de remuneración de cada curso de acción. A título ilustrativo, se propone seguidamente una metodología simplificada para llevarlo a la práctica.

## 5. PROPUESTA DE APLICACIÓN A LA FÓRMULA DE REMUNERACIÓN

A efectos de introducir la consideración del valor en la fórmula de remuneración de los distintos cursos de acción, se alienta la obtención de aranceles ponderados ajustados. Al efecto mencionado, cabe sugerir la siguiente secuencia:

- 1) *Definición de cursos de acción alternativos para la casuística más frecuente*  
Aquí los llamaremos  $A_1, A_2, A_3, \dots, A_n$  para la casuística  $A$ ;  $B_1, B_2, B_3, \dots, B_n$  para la casuística  $B$ , etc.
- 2) *Identificación del curso de acción tomado como referencia de máxima para cada atributo*



En caso de optar por el triple propósito solo se considerarán la efectividad, la eficiencia y la satisfacción. Podrían agregarse otros atributos como los comentados anteriormente (practicidad, seguridad, oportunidad, equidad, centralidad del paciente, etc.) en tanto fueran identificables y medibles para los distintos cursos de acción bajo análisis.

En este ejemplo simplificado, para la casuística A el curso de acción  $A_2$  es el más efectivo, el  $A_5$  es el más eficiente, y el  $A_3$  es el más satisfactorio para el paciente.

En lo sucesivo se designará a cada uno de esos cursos de acción como “curso de referencia”.

3) *Ponderación de los cursos de referencia*

▪  $A_2$  comparativamente resulta 100% efectivo, 60% eficiente y 50% satisfactorio.<sup>8</sup>

Puntaje medio<sup>9</sup>:  $(100\% + 60\% + 50\%) \div 3 = 70\%$  o 0,7.

▪  $A_5$  es 80% efectivo, 100% eficiente y 60% satisfactorio. Puntaje medio: 80% o 0,8.

▪  $A_3$  es 90% efectivo, 80% eficiente y 100% satisfactorio. Puntaje medio: 90% o 0,9.

4) *Relevamiento de aranceles de mercado de cada curso de referencia, con selección del arancel más representativo y cálculo del promedio entre los escogidos para cada curso de referencia*

Se denominará a cada uno de esos valores como “arancel de referencia”.

▪ Arancel de referencia de  $A_2$ : \$ 50.000

▪ Arancel de referencia de  $A_5$ : \$ 15.000

▪ Arancel de referencia de  $A_3$ : \$ 25.000

▪ Arancel medio de referencia de A: \$ 30.000

5) *Ponderación de aranceles de referencia con los respectivos puntajes, y cálculo del promedio entre los aranceles ponderados*

▪ Arancel ponderado de  $A_2$ : 0,7 ▪ \$ 50.000 = \$ 35.000

▪ Arancel ponderado de  $A_5$ : 0,8 ▪ \$ 15.000 = \$ 12.000

▪ Arancel ponderado de  $A_3$ : 0,9 ▪ \$ 25.000 = \$ 22.500

▪ Arancel medio de referencia ponderado: \$ 22.166,67

6) *Cálculo de la razón o cociente entre el arancel medio de referencia y su homónimo ponderado*

$\$ 30.000 \div \$ 22.166,67 = 1,3534\dots$

7) *Cálculo del producto entre cada arancel ponderado, por la razón antes obtenida*

▪ Arancel ponderado ajustado de  $A_2$ : \$ 35.000 × \$ 1,3534 = \$ 47.368,41

▪ Arancel ponderado ajustado de  $A_5$ : \$ 12.000 × \$ 1,3534 = \$ 16.240,60

▪ Arancel ponderado ajustado de  $A_3$ : \$ 22.500 × \$ 1,3534 = \$ 30.451,12

8) *Cálculo de los aranceles ponderados ajustados para cada uno de los restantes cursos de acción evaluados para la casuística analizada*

<sup>8</sup> El cálculo de estos porcentuales puede llevarse a cabo de variadas formas, aunque ninguna sencilla.

<sup>9</sup> Una posibilidad es otorgar –como en este ejemplo– idéntica importancia a los tres atributos, pero podría no ser ese el caso y recurrirse entonces a ponderarlos:  $100\% x + 60\% y + 50\% z$ , donde  $x + y + z = 1$  o 100%.

Por ejemplo, Ah (curso de acción a evaluar) es 60% efectivo, 50% eficiente y 70% satisfactorio, y su arancel de referencia es \$ 30.000.

- Puntaje medio:  $(60\% + 50\% + 70\%) \div 3 = 60\%$  o 0,6
- Arancel ponderado ajustado:  $0,6 \times \$ 30.000 \times \$ 1,3534 = \$ 24.360,90$

Los aranceles ponderados ajustados que se han obtenido pueden operar como precios orientativos en la negociación de aranceles para pago por prestación, o bien en la integración y el cálculo de módulos, cápitas, carteras u otras unidades agregadas de pago que incentiven el impacto sanitario con énfasis en la entrega de valor al paciente.

## 2. CONCLUSIÓN

No existe una definición precisa y generalizada sobre qué se entiende como valor en la atención sanitaria, para quién o quiénes opera tal cualidad, y cómo se la mide. Hay distintos conceptos según diversas interpretaciones, y solo parece poder aspirarse a algún balance razonable entre determinados atributos cuya variedad y cuantía dependen de la información que sobre la atención brindada pueda identificarse, recabarse y sistematizarse.

La atención en este ámbito integra una serie de actividades cuyo impacto fisiológico no siempre resulta nítido al paciente; este seguramente sabe cómo se siente después de recibir atención en relación a cómo se sentía antes de ella, y alberga una percepción vívida de lo experimentado en su transcurso. Por el contrario, y aunque puede conjeturarlo, desconoce con certeza cuál habría sido el desenlace si no hubiera sido atendido o lo hubiera sido con demora. Lo acontecido y lo evitado se conjugan para él en el valor de los servicios recibidos.

Para el prestador el valor de la atención tiene un significado económico innegable, pero aparecen otras manifestaciones, siéndole también valiosas la certeza de un diagnóstico, la prevención de una dolencia, la preservación de una vida o la gratitud de su paciente.

Para el financiador, por último, el valor se resume en lograr todo lo previo con una economía de recursos que le posibilite al menos uno de los objetivos fundamentales formulados por Sallenave (1995): sobrevivir, ganar y crecer.

La evaluación y medición de cuestiones tan disímiles como las señaladas es compleja, pero debe intentarse. Como reza el adagio: lo que no se mide no se controla y lo que no se controla difícilmente mejora. Con esto en mira, se propicia la medición de cada atributo como porcentual estimado del desempeño –a su respecto– del mejor curso de acción disponible. Aunque laboriosa e imprecisa, esta alternativa es asequible y puede encararse con criterio paretiano, priorizando la evaluación y medición de los cursos de acción habituales para las patologías más frecuentes, obviamente numerosos pero probablemente acotados en variedad y variabilidad.

Quizá el propósito cuádruple, y más aún el triple, dejen muchos aspectos fuera de la balanza, pero considerar unos pocos es mejor que hacerlo con ninguno y posibilita familiarizarse con lo concreto hoy para acometer lo hipotético mañana.

Sostenía Thomas Edison que la oportunidad suele perderse porque se viste de overol y parece trabajo. Desentrañar y medir el valor de la atención sanitaria bien lo justifica.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alesso, F. (2017). *Diseño sistémico-funcional de una red público-privada para gestión de salud a nivel provincial: Conectando infraestructuras, ensamblando lógicas y procurando sinergias* (Tesis de maestría). Universidad Nacional del Nordeste. Facultad de Ciencias Económicas, Chaco, Argentina. <http://repositorio.unne.edu.ar/xmlui/handle/123456789/3775>.

Álvarez, B.; Pellisé, L. y Lobo, F. (2001). Sistemas de pago a prestadores de servicios de salud en países de América Latina y de la OCDE. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 8 (1-2), 55-70.

Barrubés, J.; Honrubia, L. A.; De Vicente, M., Nake, A. L. Nake, A.; Sopeña, L.; Vilardell, C.; Carrilo, E.; Triquell, L. y Portella, E. (2019). *Value-Based Healthcare. De la Teoría a la Acción; Antares Consulting*. <https://www.antares-consulting.com/wp-content/uploads/2020/12/7.-Value-Based-HealthCare-2019.pdf>

Baumhauer, J. y Bozic, K. (2016). Value-based healthcare: patient-reported outcomes in clinical decision making. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 474(6), 1375-1378. <https://doi.org/10.1007/s11999-016-4813-4>

Drummond, M.; Stoddard, G. y Torrance, G. (1991). *Métodos para la Evaluación Económica de los Programas de Atención de Salud*. Díaz de Santos.

Iandolo, F.; Calabrese, M.; Antonucci, E. y Caputo, F. (2013). *Towards a value co-creation based healthcare system*. En The 2013 Naples Forum on Service. Service Dominant Logic, Networks & Systems Theory and Service Science: Integrating three Perspective for a new Service Agenda (p. 61).

Kaiser Permanente (s.f.). *Fast Facts*. <https://about.kaiserpermanente.org/who-we-are/fast-facts>

Kotler, P. (2001). *Dirección de Marketing. La edición del Milenio*. Prentice Hall.

Leung, T. y Merode, G. (2019). Value-Based Health Care Supported by Data Science- En P. Kubben *et al.* (eds.), *Fundamentals of Clinical Data Science*. Maastricht University. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-99713-1\\_14](https://doi.org/10.1007/978-3-319-99713-1_14)

Marchionna, A. y Marchiori, E. (2012). *Futuro imperfecto: incertidumbre y serendipity en el pensamiento estratégico*. Temas.

Mjåset, C.; Ikram, U.; Nagra, N. y Feeley, T. (2010). Value-Based Health Care in Four Different Health Care Systems. *NEJM Catalyst*. <http://dx.doi.org/10.1056/CAT.20.0530>

National Health Service England [NHS England]. (2018). *The National Patient Reported Outcome Measures (PROMS) Programme*. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2018/08/proms-guide-aug-18-v3.pdf>

National Health Service Wales [NHS Wales] (s/f). *What are PROMs?* <https://vbhc.nhs.wales/professionals/what-are-proms/>

Nuño, R. (2007). Buenas prácticas en gestión sanitaria: el caso Kaiser Permanente. *Revista de Administración Sanitaria*, 5(2), 283-292. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261-articulo-buenas-practicas-gestion-sanitaria-el-13107524>

Pellisé, L. (2000). Sistemas de pago óptimo en el sector sanitario. En J. del Llano, V. Ortún, J. Martín, J. Millán y J. Gené (Dir.), *Gestión Sanitaria. Innovaciones y desafíos* (p. 49-63). Masson.

Perfetto, E.; Oehrlein, E.; Boutin, M.; Reid, S. y Gascho, E. (2017). Value to Whom? The Patient Voice in the Value Discussion. *Value in Health*, (20). Elsevier. <https://www.valueinhealthjournal.com/action/showPdf?pii=S1098-3015%2816%2934122-5>

Podmoguilnye, M. (2004). El Costeo Basado en Actividades: *Un enfoque desde su aplicabilidad práctica en las empresas argentinas*. La Ley.

Porter, M. (2010). What is value-based healthcare? *New England Journal of Medicine*, (363), 2477-2481. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmp1011024>

Porter, M. y Teisberg, E. (2006). *Redefining health care: creating value-based competition on results*. Harvard Business Press.

Reynolds, J. y Gaspari, K. (1986). *Métodos de Investigaciones Operativas: análisis de costo-efectividad*. Chevy Chase Center for Human Services.

Sallenave, J. (1995). *La gerencia integral: ¡No le tema a la competencia, témale a la incompetencia!* Norma.

Smith, T. (2020). *What is value-based care? These are the key elements*. American Medical Association. <https://www.ama-assn.org/practice-management/payment-delivery-models/what-value-based-care-these-are-key-elements>

Tobar, F. y Anigstein, C. (2013). *Redes en Salud. Análisis de caso y conceptualización del funcionamiento en red del Hospital El Cruce*. Florencio Varela, Buenos Aires: Universidad Nacional Arturo Jauretche.

Williams K.; Sansoni, J.; Morris, D.; Grootemaat, P. y Thompson, C. (2016). *Patient-reported outcome measures: Literature review*. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. <https://www.safetyandquality.gov.au/publications-and-resources/resource-library/patient-reported-outcome-measures-literature-review>

Yardin, A. y Demonte, N. (2004). *Hacia una teoría heterodoxa del costo*. XXVII Congreso Argentino de Profesores Universitarios de Costos, Tandil.

Young, W., Kohler, S. y Kowalski, J. (1994). PMC Patient Severity Scale: Derivation and Validation. *HSR: Health Services Research*, 29(3), 367-390. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8063570/>

Young, W. y Macioce, D. (1991). PMCs-An Alternative to DRGs for Trauma Care Reimbursement. *Journal of Trauma-Injury Infection & Critical Care*, 31(4), 459-470. <https://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=47100>

## **CURRÍCULUM VITAE**

### **Fernando César Alesso**

Magíster en Gestión Empresarial (Universidad Nacional del Nordeste), Argentina.

Magíster en Economía y Gestión de la Salud (Universidad ISALUD), Argentina.

[fernandoalesso@gmail.com](mailto:fernandoalesso@gmail.com)

## ANEXO

UNIDAD DE PAGO O FÓRMULA DE REMUNERACIÓN	INCENTIVOS				OTRAS VENTAJAS			OTRAS DESVENTAJAS				
	Positivos		Negativos									
Prestación	Esfuerzo		Sobre- prestación	Ineficiencia	Sobre- facturación							
Día-cama	Suficiencia de estadia											
Prestación con pago decreciente dentro de un periodo	Resolutividad	Eficiencia	Periodización espuria de convocatoria	Interpretación como consulta única por paciente-periodo						Simplicidad administrativa		
Paciente-periodo				Falseamiento de diagnósticos y/o procedimientos		Estandarización de los procedimientos considerados necesarios para atender la casuística		Necesidad de:				
Módulo			Presención	Stamping o retaceo	Stamping o descreme	Entorpe- cimiento de la accesibilidad	Control de padrón			Asunción por el cobrador de riesgos no controlables	Agrupamiento de casuística	Asignación y ponderación de costos
Caso o episodio de atención (agrupado por afinidad diagnóstica)												
Cópula	Exclusividad o prioridad de atención						Ineficiencia					
Cartera fija												
Suelo												

Figura 3. Unidades de pago y fórmulas de remuneración: incentivos, ventajas y desventajas

Fuente: Alesso, 2017.

Under each heading, please tick the ONE box that best describes your health TODAY.

**MOBILITY**

- I have slight problems in walking about
- I have moderate problems in walking about
- I have severe problems in walking about
- I am unable to walk about

**SELF-CARE**

- I have slight problems washing or dressing myself
- I have moderate problems washing or dressing myself
- I have severe problems washing or dressing myself
- I am unable to wash or dress myself

**USUAL ACTIVITIES** (e.g. work, study, housework, family or leisure activities)

- I have slight problems doing my usual activities
- I have moderate problems doing my usual activities
- I have severe problems doing my usual activities
- I am unable to do my usual activities

**PAIN / DISCOMFORT**

- I have slight pain or discomfort
- I have moderate pain or discomfort
- I have severe pain or discomfort
- I have extreme pain or discomfort

**ANXIETY / DEPRESSION**

- I am slightly anxious or depressed
- I am moderately anxious or depressed
- I am severely anxious or depressed
- I am extremely anxious or depressed