

# FINANCIACIÓN DE CENTROS SANITARIOS BASADA EN RESULTADOS EN SALUD

Consideraciones generales, barreras identificadas y recomendaciones

Granada, marzo de 2018



Edita: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2018.  
www.easp.es

ISBN: 978-84-09-02543-5



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons

[Reconocimiento-NoComercial-Sin obras derivadas 3.0 España](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/)

Este documento puede ser reproducido en todo o en parte, por cualquier medio, siempre que se cite explícitamente la fuente y autoría.

No se permite un uso comercial de la obra original ni la generación de obras derivadas.

## Autoría

**Acosta Ferrer, Margarita**

Dirección Gerencia. Distrito Sanitario de Atención Primaria de Almería. Servicio Andaluz de Salud

**Gómez Soriano, Gregorio**

Inspección de Servicios Sanitarios. Consejería de Sanidad Universal y Salud Pública. Generalidad Valenciana

**Isac Martínez, Begoña**

Área de Servicios y Profesionales de la Salud. Escuela Andaluza de Salud Pública

**Martín Martín, José Jesús**

Departamento de Economía Aplicada. Universidad de Granada

**Pérez Romero, Carmen (Coordinadora)**

Área de Servicios y Profesionales de la Salud. Escuela Andaluza de Salud Pública

**Planas i Miret, Ivan**

Gerencia de Servicios Asistenciales. Servicio Catalán de la Salud (CatSalut)

**Pomar Reynés, Josep**

Gerencia. Hospital Universitario Son Espases. Servicio de Salud de las Islas Baleares (Ib-Salut)

**Rabadán Asensio, Andrés**

Servicio de Salud Pública. Delegación Territorial de Salud de Cádiz

**Retamar Gentil, Juan Lucas**

Subdirección de Tecnologías de la Información y Comunicaciones. Servicio Andaluz de Salud

**Salcedo Lagullón, José Luis (Coordinador)**

Dirección Gerencia. Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén. Servicio Andaluz de Salud

**Salvatierra Velázquez, Ángel**

Dirección. Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica. Hospital Universitario Reina Sofía. Servicio Andaluz de Salud

**Sicras Mainar, Antoni**

Dirección Científica. Real Life Data SL



## Índice

|   |    |
|---|----|
| <b>Presentación</b> .....   | 7  |
| <b>Introducción</b> .....   | 9  |
| <b>1. Objetivos</b> .....   | 11 |
| <b>2. Metodología</b> .....   | 12 |
| <b>3. Aportaciones realizadas sobre las dimensiones de análisis</b> .....   | 15 |
| <b>3.1. Evaluación de resultados en salud</b> .....   | 15 |
| 3.1.1. Resultados en salud de las organizaciones sanitarias .....   | 15 |
| 3.1.2. Dimensiones o ámbitos de análisis .....  | 16 |
| 3.1.3. Dificultades para el desarrollo operativo de la evaluación de resultados en salud .....                                      | 19 |
| 3.1.4. Principales retos de la evaluación de resultados .....   | 21 |
| <b>3.2. Modelos de financiación de centros sanitarios</b> .....   | 22 |
| 3.2.1. Ventajas de incorporar la evaluación de resultados en salud en la financiación de centros sanitarios.....                    | 22 |
| 3.2.2. Problemas o inconvenientes de incorporar la evaluación de resultados en salud en la financiación de centros sanitarios ..... | 23 |
| <b>3.3. Potencialidad de los sistemas de información disponibles</b> .....  | 24 |
| 3.3.1. Potencialidad de los actuales sistemas para generar indicadores y/o mediciones de resultados en salud.....                   | 24 |
| 3.3.2. Limitaciones o problemas de los actuales sistemas para obtener mediciones de resultados en salud.....                        | 25 |
| <b>3.4. Implicaciones del modelo organizativo</b> .....   | 27 |
| <b>4. Priorización de las barreras identificadas</b> .....  | 31 |
| <b>5. Recomendaciones finales</b> .....   | 41 |
| <b>6. Bibliografía consultada</b> .....   | 42 |



## Presentación

El documento que presentamos es fruto de un acertado trabajo de reflexión e intercambio profesional, ambos inspirados en una visión compartida sobre las transformaciones que tiene que emprender nuestro sistema salud y las herramientas que deben contribuir a hacerlo posible.

Hace algo más de un año que la Escuela Andaluza de Salud Pública y la Fundación Signo acordaban iniciar una línea de colaboración con la vocación de que ésta se fuese plasmando en el desarrollo de iniciativas específicas, que se tradujeran en aportaciones útiles para quienes toman decisiones en las políticas sanitarias y para quienes tienen la responsabilidad de gestionar nuestras organizaciones.

Resultó sencillo identificar un primer desafío compartido. En la actualidad existe en el sector salud un importante consenso sobre el enfoque del valor, una lectura que resalta como objetivo de la asistencia sanitaria de generar efectos positivos en la salud de las personas. Esta perspectiva hace que se enfatice la necesidad de orientar la atención sanitaria hacia la obtención de resultados en salud y se plantee el doble reto de medirlos y de incentivarlos. Es en este punto donde surge actualmente la dificultad, no sólo de medir la producción asistencial, sino de disponer de herramientas de financiación o de compra que nos encaminen hacia estos resultados deseados.

En este contexto, este primer trabajo conjunto se ha dirigido desde su inicio a alumbrar una aportación que permita avanzar en la tarea de definir modelos de financiación basados en resultados en salud, a partir de un conjunto de recomendaciones basadas en el conocimiento experto.

Ambas instituciones estamos agradecidas y satisfechas por el fruto de la colaboración y el trabajo de un reducido grupo de personas expertas de alto nivel y experiencia. Conscientes de que éste es sólo un primer paso en esta dirección, esperamos que el documento sea de utilidad y apostamos para que esta línea iniciada se vea incrementada con nuevas aportaciones y con futuros avances. Se trata, sin duda, de un inicio de trayecto en un proyecto que requerirá de la suma de lecturas críticas y de nuevos y rigurosos trabajos.

Josep Pomar Reynés  
Vicepresidente  
Fundación Signo

Reyes Álvarez-Ossorio García de Soria  
Directora Gerente  
Escuela Andaluza de Salud Pública





## Introducción

La evaluación de resultados en salud puede conceptualizarse como la medición de los efectos que una intervención sanitaria tiene sobre la salud de la población, en condiciones de práctica clínica habitual (García, Alfaro y Moreno, 2009). Desde esta perspectiva, para evaluar de forma adecuada los resultados en salud de las intervenciones sanitarias deben examinarse, de forma exhaustiva, no sólo las consecuencias que se derivan de las mismas, sino también los determinantes de las diferencias entre la eficacia y la efectividad, así como las barreras existentes para el ejercicio de la mejor práctica clínica posible basada en las evidencias disponibles.

El interés por la evaluación de los resultados en salud de las organizaciones sanitarias públicas ha aumentado considerablemente en los últimos años, impulsado por la aparición de nuevas tecnologías sanitarias, la preocupación por el rápido aumento de los costes sanitarios, la variabilidad en la atención sanitaria, la participación del paciente en la toma de decisiones y la utilización de nuevos sistemas de información en la medicina clínica. De entre los factores señalados, los más relevantes posiblemente han sido los derivados de la variabilidad en la práctica clínica y de la observación de que el uso de las tecnologías sanitarias no siempre se traduce en mayores niveles de salud.

Son múltiples las experiencias que se han desarrollado a nivel internacional para evaluar los resultados en salud de la atención sanitaria. La medición de dichos resultados puede llevarse a cabo, al menos, en tres planos diferentes: evaluando el efecto que tiene sobre la salud de la población el funcionamiento de un sistema sanitario globalmente considerado; midiendo las consecuencias, en términos de mejora de la salud de la población, de los programas, estrategias o planes impulsados por las organizaciones sanitarias; o bien monitorizando los resultados en salud derivados del tratamiento de patologías específicas.

El Sistema Nacional de Salud (SNS) español, al igual que otros sistemas sanitarios del ámbito internacional, se enfrenta en la actualidad a importantes desafíos para ser económicamente sostenible. Desde el inicio de la crisis económica mundial, son múltiples las medidas que se han puesto en marcha para minorar los costes sanitarios, pero también para re-estructuración de los servicios sanitarios y la ganancia en eficiencia, buscando el mejor uso de los recursos disponibles (Merkur, Maresso y McDaid, 2012).

En este contexto, uno de los retos a los que se enfrenta el SNS es orientar la asignación de recursos financieros a los resultados esperados de las intervenciones sanitarias. Distintas iniciativas se están impulsando en los Servicios de Salud con objeto de valorar la idoneidad de la inclusión de incentivos específicos vinculados al cumplimiento de objetivos en los sistemas de pago a proveedores, evaluando los objetivos a cumplir a través de indicadores.

Con objeto de arrojar luz sobre la posibilidad de hacer operativo este reto, la Fundación SIGNO junto con la Escuela Andaluza de Salud Pública han promovido la configuración

de un grupo de trabajo, integrado por profesionales expertos/as del ámbito de la gestión, clínico y académico, para promover una reflexión sobre el posible desarrollo en el SNS de modelos de financiación de centros sanitarios basados en resultados en salud, tratando de responder a las siguientes cuestiones: ¿Es deseable? ¿Es actualmente factible? ¿Dónde se encuentran las principales dificultades?

En este documento se presentan las aportaciones realizadas en el desarrollo de este proyecto, concluyendo con un conjunto de recomendaciones para el diseño e implantación operativa de modelos de financiación que incorporen la evaluación de resultados en salud.

## 1. Objetivos

El proyecto se planteó con un doble objetivo:

- Promover, con la participación de profesionales expertos/as multidisciplinares, una reflexión sobre el posible desarrollo en el SNS de modelos de financiación de centros sanitarios basados en resultados en salud.
- Definir un conjunto de recomendaciones para el diseño e implantación operativa de modelos de financiación que incorporen la evaluación de resultados en salud.

## 2. Metodología

El diseño del proyecto se orientó hacia una metodología de trabajo que facilitara, por una parte, la exposición de elementos clave o puntos críticos para el análisis y, por otra parte, la reflexión y el debate con la participación activa de todas las personas asistentes, la generación de propuestas específicas y el consenso de un conjunto de recomendaciones.

Con objeto de facilitar la consecución de los objetivos planteados, se promovió la colaboración de profesionales de prestigio que representaran, durante el desarrollo del proyecto, los distintos agentes implicados en el diseño e implantación de modelos de financiación de centros sanitarios, generando un grupo de trabajo multidisciplinar en el que se combinó el conocimiento gestor, clínico y académico.

La dinámica de trabajo se desarrolló en tres etapas:

Etapa 1: Reflexión previa sobre las dimensiones de análisis.

Etapa 2: Sesión de trabajo presencial.

Etapa 3: Priorización de las dificultades y barreras identificadas.

Se describen a continuación brevemente la metodología empleada en cada una de ellas.

### Etapa 1: Reflexión previa sobre las dimensiones de análisis

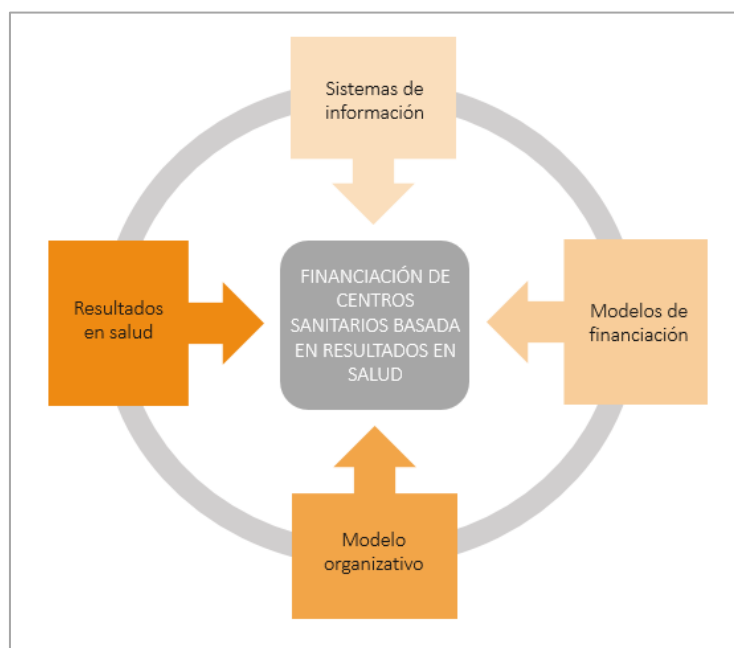
El trabajo realizado por el grupo de personas expertas ha estado orientado por un guion predefinido por la coordinación del proyecto, en el que se explicitaron las dimensiones del análisis y los elementos clave de debate.

En la primera etapa del proyecto, las personas participantes realizaron una reflexión individual sobre el posible desarrollo en el SNS de modelos de financiación de centros sanitarios basados en resultados en salud.

Para ello, se les facilitó un formulario en el que orientaba la reflexión en torno a 4 dimensiones de análisis:

1. Evaluación de resultados en salud de las organizaciones sanitarias del SNS.  
*¿Qué elementos deberían incluirse?*
2. Modelos de financiación de centros sanitarios.  
*¿Qué aportaría la incorporación de la evaluación de resultados en salud?*
3. Sistemas de información disponibles.  
*¿Cuál es su potencialidad para medir resultados en salud?*
4. Implicaciones del modelo organizativo.  
*¿Qué aspectos relacionados con estructura organizativa deberían tenerse en cuenta?*

Figura 1. Financiación de centros sanitarios basada en resultados en salud: dimensiones de análisis



Fuente: Elaboración propia.

Las reflexiones y aportaciones realizadas por las personas expertas se integraron en un documento de trabajo que sirvió de base para el desarrollo de la segunda etapa del proyecto.

### Etapa 2: Sesión de trabajo presencial

Una vez realizada la reflexión individual, se convocó una sesión de trabajo presencial (taller) en la que se debatieron los puntos críticos más relevantes que se identificaron en relación con las cuatro dimensiones.

En el taller se combinaron presentaciones individuales, en las que se sentaban las bases para la reflexión posterior, junto con dinámicas de puesta en común y debate en plenario.

El diseño de la sesión facilitó que el grupo de expertos/as debatiera y analizara los elementos críticos, generaran propuestas y consensaran un conjunto de recomendaciones.

La sesión presencial se realizó el 20 de marzo de 2018 en la sede de la Escuela Andaluza de Salud Pública, en jornada de mañana y tarde.

### Etapa 3: Priorización de las dificultades y barreras identificadas

Tras analizar e integrar las aportaciones realizadas durante la sesión presencial, en la tercera etapa del proyecto se pidió a las personas expertas que participaran en un ejercicio de priorización, centrado en las dificultades y barreras identificadas para el desarrollo operativo de modelos de financiación de centros sanitarios basados en resultados en salud.

Mediante una aplicación *online*, cada participante valoró las distintas barreras y dificultades identificadas aplicando dos criterios:

- Relevancia: grado en que la barrera o dificultad identificada imposibilita en el SNS el desarrollo operativo de modelos de financiación de centros sanitarios basados en resultados en salud.
- Factibilidad: para acometer actuaciones que contribuyan a superar la barrera identificada a corto o medio plazo.

Este ejercicio permitió clasificar las distintas barreras y otorgarles un orden de prioridad en su posible abordaje.

### 3. Aportaciones realizadas sobre las dimensiones de análisis

Se presentan en este apartado las principales aportaciones realizadas por el grupo de personas expertas en relación con las cuatro dimensiones de análisis.

Se presentan, en primer lugar, las reflexiones realizadas en torno a la conceptualización de los resultados en salud de las organizaciones sanitarias y las dificultades y retos que se plantean, actualmente, para su monitorización. Posteriormente, se identifican las ventajas que conllevaría la incorporación de la evaluación de resultados en salud en la financiación de centros sanitarios, así como los inconvenientes metodológicos, culturales, tecnológicos, etc. que podrían derivarse. Se analiza también la potencialidad de los sistemas de información disponibles para generar mediciones de resultados en salud de las intervenciones sanitarias. Por último, se hace una reflexión sobre los elementos del modelo organizativo que deberían tenerse en cuenta en el diseño e implementación de modelos de financiación basados en resultados en salud.

#### 3.1. Evaluación de resultados en salud

##### 3.1.1. Resultados en salud de las organizaciones sanitarias

Como punto de partida para la reflexión sobre el tema de análisis, se revisó la definición del término “resultados en salud”. Si bien existe mucha literatura disponible sobre su conceptualización, surgen dificultades para trasladar correctamente esta terminología al ámbito de las organizaciones sanitarias que forman parte del SNS y tratar de incorporar su evaluación en los modelos de financiación de los centros asistenciales.

Tomando la definición facilitada por Soto Álvarez (2007), la evaluación de los resultados en salud de las organizaciones sanitarias puede enunciarse como:

*“Disciplina orientada y focalizada a cuantificar, analizar e interpretar los resultados en salud que generan las distintas intervenciones de las organizaciones sanitarias (administración de medicamentos, procedimientos quirúrgicos, técnicas diagnósticas, utilización de productos sanitarios, etc.), en condiciones de práctica médica habitual, con objeto de ayudar a los equipos asistenciales y a otros agentes decisores a tomar las medidas más acertadas y razonables sobre las intervenciones evaluadas”.*

Bajo esta conceptualización, la evaluación de resultados en salud debería incorporar los siguientes aspectos:

- Medir el impacto causal de las actuaciones de los y las profesionales y de las organizaciones sanitarias mediante indicadores intermedios (*outcomes*), durante un periodo de tiempo establecido. Para ello, es importante realizar ajustes *ex-ante* por criterios de equidad explícitos.

- Ofrecer información sobre lo que aporta valor a el/la paciente, medido en los mismos términos a los que la persona usuaria confiere relevancia: acceso, curación, no discapacidad, esperanza de vida, etc.
- Incorporar en sus mediciones información sobre el estado de salud de la población sobre la que se miden los resultados de las intervenciones: prevalencia de enfermedades específicas, factores de riesgo y causas de mortalidad.
- Evaluar la mejora funcional y/o orgánica del estado de salud de la población (y/o individuo) como resultado del proceso asistencial y del conjunto de actividades del centro sanitario que enmarcan dicho proceso (prevención y promoción de la salud).
- Contemplar la medida de un conjunto de variables de salud definidas de manera concreta y con antelación, reflejo de la actividad del centro, en condiciones precisas y objetivas.
- Incluir, junto con otros indicadores, la experiencia del paciente en términos de salud auto percibida tras la intervención sanitaria.
- Hacer un seguimiento de los resultados en salud mediante datos objetivos que permitan la mejora de la práctica clínica, de la efectividad y de la eficiencia de las intervenciones. Bajo esta perspectiva, los indicadores de estructura, proceso y casuística quedarían inicialmente excluidos, cobrando especial protagonismo la medición de la calidad de vida de el/la paciente.

A continuación, se recogen las dimensiones o ámbitos de análisis que quedarían incluidas en la evaluación de los resultados en salud, así como las principales dificultades que se identifican para el desarrollo operativo de su evaluación.

### 3.1.2. Dimensiones o ámbitos de análisis

En este apartado se integran las dimensiones o ámbitos de análisis que deberían contemplarse, idealmente, en la evaluación de resultados en salud de las organizaciones sanitarias, diferenciando entre los tres niveles de la gestión:

- Macro gestión: perspectiva del SNS o de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas (CCAA).
- Meso gestión: perspectiva de los centros sanitarios (de atención primaria y hospitalaria).
- Micro gestión: perspectiva de las Unidades Clínicas (de atención primaria y hospitalaria).

Las dimensiones o ámbitos a incluir en la evaluación de resultados en salud son los siguientes:



### MACRO GESTIÓN:

- **Indicadores de base poblacional de resultados globales en salud.** Indicadores relacionados con la esperanza de vida, años de vida libres de discapacidad, años potenciales de vida perdidos, etc. ajustados por distintas variables.
- **Indicadores de resultados de base poblacional en patologías seleccionadas.** Indicadores relacionados con el abordaje de la diabetes, cáncer, EPOC, síndrome coronario agudo, ICTUS, depresión, etc.
- **Indicadores de accesibilidad a los servicios sanitarios.** Indicadores relacionados con el tiempo de espera para procesos seleccionados, para pruebas diagnósticas, etc.
- **Indicadores priorizados por los Planes de Salud,** poniendo el acento en los que se relacionan con calidad de vida y satisfacción.
- **Indicadores relacionados con la calidad de vida de las personas,** que permitan la monitorización de la mortalidad y de las mejoras en la calidad de vida, incluyendo factores como el medioambiente o desempleo.
- **Valoración de la calidad de la atención sanitaria,** analizando aspectos como la seguridad del paciente o la vigilancia epidemiológica.
- **Indicadores los relacionados con la eficiencia de las actuaciones** en todos los niveles y centros de atención sanitaria. Es necesaria una mayor integración de la información disponible (atención primaria y hospitalaria) centrada en el seguimiento del paciente.
- **Variables epidemiológicas y de salud pública,** llegando a un consenso entre los actores evaluados sobre qué variables son las más adecuadas como medición de resultados en salud.
- **Incorporación de los indicadores anteriores en el Contrato Programa.** Sería necesario que en el Contrato Programa de cada centro se contemplara un espacio en que los planes de salud se vinculen a resultados en salud (con financiación y estímulos económicos asociados).
- **Desarrollo estructurado del proceso de evaluación,** con criterios explícitos y cuantificados que permitan la financiación por centros basada en resultados de salud.

### MESO GESTIÓN:

- **Indicadores de resultados en patologías seleccionadas.** Indicadores relacionados con el abordaje de la diabetes, cáncer, EPOC, síndrome coronario agudo, ICTUS, depresión, etc.

- **Indicadores de accesibilidad a los servicios sanitarios.** Indicadores relacionados con el tiempo de espera para procesos seleccionados, para pruebas diagnósticas, etc.
- **Indicadores de eficiencia.** Indicadores de rendimiento, estancia media ajustada, ambulatorización de procesos, indicadores específicos de gasto farmacéutico, etc.
- **Impacto de la capacidad resolutive del centro sanitario en la salud de la población de referencia,** incluyendo indicadores de coste-efectividad sobre el abordaje de patologías específicas.
- **Indicadores relacionados con la calidad de las actuaciones clínicas.**
- **Indicadores de resultados en salud fácilmente disponibles en los centros sanitarios.** Se debe introducir el componente de gestión (p.e. coste por proceso) y algunas variables *proxy* de resultados (p.e. reingresos hospitalarios, ingresos evitables, tiempos de espera, satisfacción, efectividad clínica, experiencia del paciente).
- **Desarrollo de mecanismos de evaluación claros y transparentes** que permitan elaborar programas y planes de procesos clínicos específicos, así como definir objetivos medibles.

#### MICRO GESTIÓN:

- **Indicadores de resultados en patologías seleccionadas.** Indicadores relacionados con el abordaje de la diabetes, cáncer, EPOC, síndrome coronario agudo, ICTUS, depresión, etc.
- **Indicadores de accesibilidad a los servicios sanitarios.** Indicadores relacionados con el tiempo de espera para procesos seleccionados, para pruebas diagnósticas, etc.
- **Indicadores de eficiencia.** Indicadores de rendimiento, estancia media ajustada, ambulatorización de procesos, indicadores específicos de gasto farmacéutico, etc.
- **Indicadores relacionados con la aplicación de buenas prácticas** y la evaluación de resultados en el uso de medicamentos.
- **Indicadores de coste-efectividad** que evalúen técnicas o procedimientos clínicos específicos.
- **Creación de Planes** donde la coordinación de la atención primaria y hospitalaria se desarrolle en un marco específico, que sirva de ruta de los procesos clínicos.

### 3.1.3. Dificultades para el desarrollo operativo de la evaluación de resultados en salud

En cuanto a las dificultades (metodológicas, tecnológicas, logísticas, organizativas, etc.) que existen para el desarrollo operativo de la evaluación de resultados en salud en el SNS, en la tabla siguiente se sintetizan las principales barreras identificadas:

Tabla 1. Barreras para la evaluación operativa de resultados en salud en el Sistema Nacional de Salud

| 1. EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD        |  |                     |
|---|--|---------------------|
| Ámbito                                      | Barreras   | Nivel               |
| Marco conceptual y cultura organizativa     | 1. Falta de consenso en la definición de “Resultados en salud”   | Macro, Meso y Micro |
|   | 2. Escaso liderazgo del Ministerio de Sanidad y ausencia de una Agencia estatal de referencia en la materia  | Macro               |
|   | 3. Posible politización de la medición de resultados en salud  | Macro               |
|   | 4. Necesidad de un cambio cultural: pasar de la medida de actividad (excesivamente priorizada) al resultado  | Macro, Meso y Micro |
|   | 5. Ausencia de sistemática de evaluación: escasa autonomía en gestión  | Macro               |
|   | 6. Modelo actual poco adecuado para la medición de resultados en salud   | Macro               |
|   | 7. Escasa asociación entre objetivos, recursos y resultados  | Meso                |
|   | 8. Escasa coordinación e integración clínica entre niveles   | Meso                |
|   | 9. Implicaría la toma de decisiones en un ámbito conflictivo   | Meso                |
|   | 10. Necesidad de profesionales técnicos cualificados en la materia en los centros sanitarios   | Meso                |
|   | 11. Rigidez del modelo público   | Micro               |
|   | 12. Escasa vinculación entre incentivos profesionales y resultados en salud  | Micro               |
|   | 13. Interés limitado en profesionales asistenciales  | Micro               |
| Cartera de servicios y dotación tecnológica | 14. Importante variabilidad en la cartera de servicios de los centros sanitarios   |                     |
|   | 15. Diversidad en la dotación de tecnología entre Unidades Clínicas de la misma especialidad   | Micro               |
| Medición de resultados en salud             | 16. Complejidad de la definición y medición de los resultados en salud   | Macro, Meso y Micro |
|   | 17. Multicausalidad de los resultados en salud: su relación con los Planes y Estrategias no siempre es directa   | Macro, Meso y Micro |
|   | 18. Dificultad de incorporar la influencia de factores del entorno en la medición de los resultados en salud   | Macro, Meso y Micro |
|   | 19. No disponibilidad de un <i>benchmark</i> en resultados en salud  | Micro               |
| Sistemas de información                     | 20. Necesaria implicación efectiva del nivel decisor, que conllevaría: inversión en sistemas de información e incentivación a profesionales implicados | Macro               |
|   | 21. Escasa generación, acceso y uso de información vinculada a resultados en salud   | Meso                |

| 1. EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD |  |                     |
|--------------------------------------|--|---------------------|
| Ámbito                               | Barreras   | Nivel               |
|                                      | 22. Necesidad de actualización de los sistemas de información, de modo que permitan: registro veraz y explotación de los datos                                 | Macro, Meso y Micro |
| Historia clínica digital             | 23. No existencia de una historia clínica única compartida en todas las CCAA   | Macro               |
|                                      | 24. Estructuración no siempre adecuada de las variables recogidas en la historia clínica   | Macro               |
|                                      | 25. Lenguajes de intercomunicación no uniformes en las distintas CCAA  | Macro               |
|                                      | 26. Dificultad de implantar nuevas tecnologías de la información en todos los centros  | Meso                |
|                                      | 27. Dificultad de algunos profesionales para pasar a datos estructurados en historias clínicas   | Micro               |
| Medición de la calidad de vida       | 28. Diversidad entre CCAA en el uso de herramientas para medir la calidad de vida del paciente   | Micro               |
|                                      | 29. Dificultad de aplicar en la práctica clínica diaria los instrumentos universales de medida de la calidad de vida (tiempo que requieren para su aplicación) | Micro               |

Fuente: Elaboración propia.

Se proponen las siguientes líneas de actuación cuyo impulso podría contribuir a superar algunas de las dificultades identificadas:

- **Definir un plan de implementación** del modelo de financiación de centros sanitarios basado en resultados en salud.
- **Establecer parámetros equitativos** que permitan medir resultados en salud que sean comparables entre centros.
- **Implantar sistemas de información corporativos para la gestión clínica** que permitan el registro veraz y completo, favoreciendo su uso por todos los/las profesionales
- **Involucrar a los/las profesionales en el uso adecuado de los sistemas de información**, mejorando la calidad de los registros.
- **Arbitrar nuevas formas de trabajo**. Emitir un nuevo mensaje y nuevas formas de comunicación, así como de gestión y reorganización de los recursos.
- **Desarrollar planes de formación** que acompañen el Plan de implementación del nuevo modelo.

### 3.1.4. Principales retos de la evaluación de resultados

En el momento actual, los principales retos de la evaluación de resultados en salud en las organizaciones sanitarias del SNS son:

- **Manifiestar voluntad política** mediante la creación de un organismo independiente que promueva la evaluación de los resultados en salud de los centros sanitarios.
- **Dar relevancia a las evaluaciones de resultados en salud**, de modo que orienten las decisiones de gestores y clínicos, tanto en política sanitaria como en la práctica clínica habitual, buscando en todo momento la mejora de la salud de los/las pacientes.
- **Modificar los modelos retributivos de los/las profesionales**, vinculándolos en parte a resultados en salud.
- **Dar respuesta a la necesidad de conocer la salud de las personas de forma holística** y no por episodios concretos.
- Conocer y dar respuesta a **problemas de salud que incorporan componentes sociales**.
- **Evaluar resultados en salud en intervenciones sanitarias de alta complejidad hospitalaria**.
- **Desarrollar capacidades profesionales** y avanzar en competencias que fortalezcan la orientación a resultados en salud.
- **Facilitar la coordinación entre profesionales de atención primaria y hospitalaria**, desde la perspectiva del trabajo conjunto para el abordaje de patologías prevalentes y la puesta en marcha de servicios específicos.
- **Mejorar los sistemas de información**. Debe planificarse y priorizarse la mejora de las infraestructuras tecnológicas, la generalización del uso de la historia clínica electrónica y su interoperabilidad.
- **Tipificar adecuadamente los resultados en salud en el modelo de financiación de centros sanitarios**, basando su medición en variables sobre las que se tenga capacidad de actuación. La incorporación de resultados en salud en los modelos de financiación debe hacerse teniendo en cuenta el inevitable factor de comparación entre las unidades a financiar y de competición entre ellas, lo que requiere que se establezcan reglas de juego prefijadas y transparentes, que permitan que la evaluación de cada centro sanitario se realice bajo las premisas de equidad y homogeneidad.
- **Identificar la fracción de los resultados en salud** que son atribuibles al sistema sanitario, dado que en la salud de la población intervienen otros factores externos a los servicios asistenciales.

### 3.2. Modelos de financiación de centros sanitarios

#### 3.2.1. Ventajas de incorporar la evaluación de resultados en salud en la financiación de centros sanitarios

Con respecto a los modelos de financiación desarrollados previamente en el entorno sanitario del SNS, la incorporación de la evaluación de resultados en salud en la financiación de centros sanitarios, tanto de atención primaria como hospitalaria, aportaría las siguientes ventajas o elementos positivos:

- **Establecimiento de objetivos comunes** para atención primaria y hospitalaria, dado que los resultados en salud deben referirse a la población de referencia.
- **Vinculación de la financiación al resultado en salud.** Durante mucho tiempo se ha puesto el énfasis en las estructuras físicas (edificios, recursos humanos, equipamiento, etc.) y en los procesos. Todo ello es aceptable cuando no hay posibilidad de medir el resultado en salud. Sin embargo, cuando se tiene acceso a esto último, el resultado debe ser la medida de la bondad del sistema y, por tanto, al que debe vincularse al menos una parte de la financiación que recibe cada centro sanitario.
- **Posibilidad de establecer una contraprestación económica o un incentivo** vinculado a la evaluación de resultados en salud, que permita monitorizar e incidir en la incorporación de buenas prácticas y aplicar políticas sanitarias.
- El conocimiento de la morbi-mortalidad de la población atendida **permitiría incorporar ajustes en los modelos de financiación capitativos** relacionados con los resultados en salud de la población. Dado que la realidad social determina el patrón epidemiológico (problemas de salud) de un área poblacional determinada, el modelo de financiación debería reconocer esta realidad, estimar las necesidades de recursos y ajustar la financiación asignada. Asimismo, la evaluación de resultados en salud fomentaría la generación de nuevos indicadores relacionados con procesos clínicos.
- **Mejora de la eficiencia, seguridad y efectividad clínica (CVRS).**
- **Fomento de la optimización de los recursos existentes** (sostenibilidad del sistema). Los modelos de financiación retrospectivos fomentan escasamente la mejora continua y la búsqueda de la eficiencia.
- **Orientación del modelo de financiación al paciente y al desarrollo de actuaciones coste-efectivas.** La incorporación de resultados en salud en el modelo de financiación incentivaría el abandono de prácticas o procedimientos inadecuados.

### 3.2.2. Problemas o inconvenientes de incorporar la evaluación de resultados en salud en la financiación de centros sanitarios

Por el contrario, los potenciales problemas o inconvenientes que conllevaría la incorporación de la evaluación de resultados en salud en la financiación de centros sanitarios son los siguientes:

Tabla 2. Barreras para la incorporación de resultados en salud en los modelos de financiación de centros sanitarios

| 2. MODELOS DE FINANCIACIÓN DE CENTROS SANITARIOS |   |                     |
|--|---|---------------------|
| Ámbito   | Barreras  | Nivel               |
| <b>Cambio cultural y metodológico</b>            | 1. Los recursos sanitarios actuales no responden en muchos casos a la necesidad social, sino a decisiones tomadas por criterios políticos | Macro               |
|  | 2. Vencer la inercia de modelos de financiación previos muy consolidados  | Macro               |
|  | 3. Resistencia al cambio: dificultad de asunción del cambio de filosofía por parte de los y las profesionales                             | Meso y Micro        |
|  | 4. Posible incoherencia entre la fijación de objetivos a largo plazo y la planificación de las actuaciones a corto plazo                  | Meso y Micro        |
|  | 5. Dificultad para adaptar el modelo de evaluación anual a un análisis plurianual   | Meso y Micro        |
|  | 6. Control en el modelo de financiación de los resultados en salud no atribuibles a las actuaciones de los centros                        | Meso y Micro        |
|  | 7. Puesta en marcha de mecanismos correctores en la atención  | Meso y Micro        |
|  | 8. Integración en el modelo de todos los agentes implicados, incluyendo a pacientes   | Macro, Meso y Micro |
| <b>Asignación financiera a los centros</b>       | 9. Resistencia de los centros al posible cambio en la asignación financiera   | Meso y Micro        |
|  | 10. Implicaciones de la posible redistribución de los recursos financieros entre los centros  | Meso y Micro        |
| <b>Sistemas de información</b>                   | 11. Posible necesidad de utilización de datos auto declarados, con pérdida de fiabilidad  | Meso y Micro        |
|  | 12. Inmadurez de algunas fuentes de información para obtener datos robustos   | Macro, Meso y Micro |
| <b>Costes de implementación del modelo</b>       | 13. Coste administrativo-tecnológico y de gestión para la medición  | Macro, Meso y Micro |
|  | 14. Coste de implementación del modelo de financiación por resultados   | Macro, Meso y Micro |

Fuente: Elaboración propia.

Se proponen las siguientes líneas de actuación para contribuir a superar algunas de las dificultades identificadas:

- **Vencer la inercia de los modelos de financiación previos dirigiendo la acción directiva en los centros a cuestiones específicas** muy ligadas a la evaluación de los indicadores que se determinen, evitando un abordaje con una perspectiva más global.
- **Frente a la resistencia al cambio, asumir y gestionar el riesgo** de vincular recursos y resultados.
- **Orientar la evaluación a actuaciones profesionales puntuales**, no al abordaje holístico de la enfermedad.
- Frente a la dificultad para adaptar el modelo de financiación a la medición de resultados en salud, y siendo lo estructural inamovible, **establecer mediciones a medio plazo**.

### 3.3. Potencialidad de los sistemas de información disponibles

En este apartado se recoge el análisis de la potencialidad que presentan los actuales sistemas de información sanitaria para generar indicadores y/o mediciones de resultados en salud, tanto a nivel de centros sanitarios como de Unidades Clínicas de atención primaria y hospitalaria.

#### 3.3.1. Potencialidad de los actuales sistemas para generar indicadores y/o mediciones de resultados en salud

De la potencialidad de los sistemas de información, destacan los siguientes aspectos:

- **Gran disponibilidad de datos**, que permitirá identificar regularidades y patrones fiables en la evaluación de resultados en salud. La utilización de la información repercute de forma inmediata en su calidad, siendo el primer efecto que se percibe cuando se implantan, por ejemplo, sistemas de financiación o incentivos vinculados a resultados.
- **Posibilidad de integrar los actuales sistemas de información para manejar datos procedentes de distintas fuentes y facilitar una evaluación continua**. La evaluación continua y sistemática fomenta la monitorización operativa los aspectos a mejorar durante la anualidad y corregir los problemas detectados o incidir en las mejoras.
- **Mayor capacidad en la actualidad para relacionar variables, calcular indicadores y aplicar nuevas técnicas de explotación de datos**. La tendencia mayoritaria de las organizaciones a homogeneizar sus sistemas de información sanitaria ha



generado una base común de registro que permitirá definir indicadores comunes para la medición de resultados en salud en las distintas CCAA.

- **A su vez, la explotación de datos**, mediante aplicaciones informáticas fáciles e intuitivas orientadas a la gestión de resultados en salud, **contribuiría a disminuir la variabilidad en el registro de datos básicos**. Sería muy útil disponer de un listado estandarizado de medidas de resultados en salud.
- **Se ha superado mayoritariamente la curva de aprendizaje en cuanto al uso de recursos digitales**. En las últimas dos décadas, se han ido incorporando sistemas de información en casi todos los ámbitos de la atención sanitaria, familiarizándose cada vez más los/las profesionales con las distintas aplicaciones y herramientas de registro y de explotación de los datos.
- **Gran potencial en la medición de procesos o resultados intermedios** de tratamientos específicos.

### 3.3.2. Limitaciones o problemas de los actuales sistemas para obtener mediciones de resultados en salud

Se han identificado las siguientes limitaciones o problemáticas en los actuales sistemas de información, que dificultan la obtención de mediciones de resultados en salud:

Tabla 3. Limitaciones de los actuales sistemas de información para medir resultados en salud en el Sistema Nacional de Salud

| 3. SISTEMAS DE INFORMACIÓN DISPONIBLES |  |                     |
|--|--|---------------------|
| Ámbito                                 | Barreras   | Nivel               |
| Normalización                          | 1. Diversidad de catálogos utilizados por los sistemas de información  | Macro y Meso        |
|  | 2. Dificultades para la normalización de la información  | Macro y Meso        |
|  | 3. Dispersión de sistemas de información: utilización de diferentes aplicaciones y plataformas informáticas                                | Macro y Meso        |
| Implantación efectiva de indicadores   | 4. Orientación vertical de los sistemas de información, siendo la medición de resultados en salud más horizontal                           | Macro               |
|  | 5. Fragmentación por niveles asistenciales de los sistemas de información disponibles  | Macro               |
|  | 6. Dificultad para integrar la información asistencial (primaria, hospitalaria, centros monográficos...)                                   | Macro y Meso        |
|  | 7. Tiempo requerido para la implantación operativa de indicadores de resultados en salud, que puede conllevar el abandono de la iniciativa | Macro, Meso y Micro |

| 3. SISTEMAS DE INFORMACIÓN DISPONIBLES     |  |              |
|--|--|--------------|
| Ámbito                                     | Barreras   | Nivel        |
| Explotación de los sistemas de información | 8. Diseño de los sistemas de información no orientado a la evaluación de resultados en salud   | Macro        |
|  | 9. Información no codificada o no estructurada convenientemente (p.e. uso de campos de registro en modo "texto", hojas vinculadas, etc.) | Macro        |
|  | 10. Implantación en los centros asistenciales de soluciones comerciales más orientadas a la investigación que a la gestión clínica       | Macro y Meso |
|  | 11. Lenta evolución de los sistemas de información: falta de flexibilidad para incorporar cambios  | Macro        |
|  | 12. Variabilidad en la cantidad y calidad de la información registrada   | Meso y Micro |
|  | 13. Limitaciones en el sistema de registro de la historia clínica única  | Micro        |

Fuente: Elaboración propia.

Como líneas de actuación que contribuirían a superar algunas de las limitaciones identificadas se proponen:

- Ante la diversidad de catálogos utilizados por los sistemas de información, se propone la **estandarización y normalización del lenguaje entre sistemas**, así como la **elaboración de documentos de referencia**.
- Con objeto de superar las dificultades para la normalización de la información, facilitar **formación y recursos de interoperabilidad semántica**. Asimismo, **sistematizar y promover la utilización de estándares**.
- **Garantizar la interoperabilidad** entre los sistemas y agentes de salud, desarrollando estándares TIC.
- **Definir indicadores sintéticos de resultados en salud** que integren la medición de resultados en salud, contrarrestando de este modo la fragmentación por niveles asistenciales de los sistemas de información disponibles.
- Para agilizar la implantación operativa de los indicadores de resultados en salud, **hacer énfasis en las intervenciones que aportan valor y potenciar la intervención preventiva y en salud pública**.
- **Vincular los datos de vida** que ofrecen los institutos de estadística con los datos asistenciales.
- Para hacer frente a la variabilidad en la cantidad y calidad de la información registrada, **orientar los sistemas de registro a datos más estructurados y promover la formación continua** de los recursos profesionales que asumen el registro de la información.

### 3.4. Implicaciones del modelo organizativo

Por último, se han destacado los siguientes aspectos relacionados con la estructura organizativa de los centros asistenciales del SNS que deberían tenerse en cuenta en el diseño de modelos de financiación basados en resultados en salud:

- Por su **enfoque poblacional**, la evaluación de resultados en salud puede adoptarse con mayor facilidad en el contexto de las áreas integradas de gestión (atención primaria y hospitalaria), en las que el equipo directivo puede tomar decisiones transversales que impliquen a ambos niveles asistenciales.

Para medir resultados en salud es necesario definir indicadores de base poblacional, lo cual adquiere pleno sentido cuando se evalúan estructuras asistenciales congruentes con la demarcación poblacional que sirve de base para la evaluación. Esto requiere de modelos organizativos orientados a la gestión integral de todos los recursos asistenciales en una misma demarcación geográfica, incluyendo atención primaria y hospitalaria, atención ambulatoria y con ingreso hospitalario, asistencia preventiva y curativa, etc. Las áreas integradas así definidas constituyen la unidad básica de evaluación de resultados en salud y de definición de líneas de actuación para la mejora continua de dichos resultados.

Por el contrario, los modelos organizativos en los que se separa la gestión de la atención primaria y hospitalaria, dificultan enormemente una medición coherente de los resultados en salud en la población de referencia. Esto es así dado que ambos niveles podrían estar igualmente implicados en la consecución de un resultado. En estas circunstancias, delimitar qué responsabilidad o qué capacidad de influencia en los indicadores le corresponde a cada ámbito asistencial es complicado, lo que limita por tanto las posibilidades de definir modelos de financiación con esta base.

Las organizaciones o estructuras sanitarias orientadas a patologías específicas (p.e. Instituto Oncológico) son más idóneas para una evaluación de resultados en salud más precisa y acertada, puesto que el proceso de atención comienza y finaliza en su ámbito de gestión.

En el ámbito de la atención primaria, la evaluación de resultados en salud debería focalizarse en patologías con capacidad de resolución en el centro de salud (p.e. patologías leves, no complejas...) y que no requieran de la intervención de los servicios de atención hospitalaria.

- Los **planes de salud interniveles**, implementados en áreas de salud integradas, constituyen uno de los escenarios en los que podría implementarse con mayor facilidad la evaluación de resultados en salud y su vinculación con la financiación de la atención sanitaria. Asimismo, los Programas de Prevención y Promoción

de la Salud están orientados a la medición y evaluación de resultados en salud en la población, siendo también un escenario favorable para promover modelos de financiación basados en dichos resultados. No obstante, todas las líneas asistenciales del SNS son susceptibles de incorporarse, a priori, a la evaluación de resultados en salud, siempre que se definan los indicadores adecuados.

- Los modelos de **presupuestación pública anual**, en los que es complicado realizar proyecciones plurianuales, dificultan la articulación de modelos de financiación basados en resultados en salud.
- Para vincular la financiación con los resultados en salud, es recomendable desarrollar **modelos contractuales y sistemas de pago a proveedores que incentiven la coordinación e integración** asistencial. En este sentido, el Contrato Programa puede ser un buen soporte instrumental en el que se articule la financiación variable por resultados en salud.

Es aconsejable que la financiación por resultados en salud represente sólo una parte del montante total, no la base general de la financiación del centro sanitario. La medición de resultados en salud debe modular la asignación presupuestaria del modelo de financiación, promoviendo un cambio de orientación hacia aquello que aporte valor. En todo caso, la incorporación de resultados en salud en los sistemas de pago requiere de un análisis previo, exhaustivo y en profundidad, sobre "qué medir" y "cómo medirlo" (p.e. indicadores de resultados intermedios vs indicadores de resultado final).

- Adicionalmente, las **remuneraciones profesionales vinculadas a la consecución de objetivos** (DPO-Dirección por Objetivos) favorecen el traslado a los profesionales de los objetivos organizacionales de resultados en salud y, por tanto, refuerza el cambio cultural que implicaría la definición de modelos de financiación basados en dichos resultados.

En el ámbito de las Unidades Clínicas, la evaluación de resultados en salud debería centrarse en patologías específicas y sobre las que infiera poco la actuación de otros ámbitos. En este contexto, la perspectiva del trabajo asistencial orientado a resultados en su salud en la población adscrita, reforzaría la corresponsabilidad, la transferencia de riesgos y la autonomía de la misma.

El desarrollo de modelos de participación profesional para la definición de metas y resultados esperados, contribuiría a garantizar la implicación de los/las profesionales y facilitaría la vinculación de sus retribuciones a dichos objetivos.

- Un elemento clave para la evaluación de resultados en salud es la disponibilidad de **sistemas de registro automatizados y ágiles** que no incrementen excesivamente los costes de transacción y ni retarden en el tiempo la evaluación. Idealmente, el sistema debe ser: simple, con incentivos potentes y evaluable. Esto requiere que sea un sistema dinámico y en constante revisión para su actualización continua.

- Para impulsar de manera efectiva la evaluación de resultados en salud en el SNS y la comparación entre regiones y centros sanitarios, es necesario **establecer consensos entre las CCAA e integrar la información.**
- Es importante generar una cultura de **rendición de cuentas y de transparencia** en lo que se refiere a los resultados obtenidos por la prestación de servicios.

Se han identificado las siguientes barreras relacionadas con el modelo organizativo que dificultan la obtención de mediciones de resultados en salud:

Tabla 4. Barreras identificadas en el actual modelo organizativo para medir resultados en salud en el Sistema Nacional de Salud

| 4. IMPLICACIONES DEL MODELO ORGANIZATIVO                  |   |              |
|---|---|--------------|
| Ámbito  | Barreras  | Nivel        |
| <b>Determinantes sociales en salud</b>                    | 1. Relación de los resultados en salud no solo con la prestación de asistencia sanitaria, sino con otros factores no controlables por las organizaciones sanitarias | Macro y Meso |
| <b>Cartera de servicios</b>                               | 2. Cuestionamiento de programas de detección precoz: efectividad y coste  | Macro        |
| <b>Integración de servicios</b>                           | 3. Estructuras asistenciales incongruentes con la demarcación geográfica y poblacional  | Macro        |
| <b>Modelo de retribuciones profesionales e incentivos</b> | 4. Falta de vinculación de las retribuciones profesionales (Dirección por Objetivos) con los objetivos de la organización (resultados en salud)                     | Meso y Micro |
| <b>Contrato Programa</b>                                  | 5. Falta de coordinación asistencial que dificulta la consecución de resultados en salud  | Meso y Micro |
|   | 6. Dificultad de establecer un sistema integral de evaluación que sea simple, con incentivos potentes y evaluable   | Meso y Micro |
|   | 7. Dificultad de delimitar responsabilidades entre atención primaria y hospitalaria en la consecución de objetivos de resultados en salud                           | Meso         |
|   | 8. Perspectiva anual del Contrato Programa que no favorece el enfoque de evaluación de resultados en salud  | Meso         |

Fuente: Elaboración propia.

Como líneas de actuación que contribuirían a superar algunas de las barreras identificadas en relación con el modelo organizativo se propone:

- **Impulsar los modelos organizativos integrados** (primaria y hospitalaria).
- **Desarrollar modelos de participación profesional** en la fijación de metas y resultados esperados.
- **Transferir riesgos y beneficios** a los equipos profesionales.
- **Definir objetivos transversales que favorezcan la coordinación** entre todas las líneas asistenciales.
- **Definir modelos contractuales y sistemas de pago que incentiven la coordinación** e integración asistencial.
- **Definir Planes Operativos** que plasmen una hoja de ruta para patologías y procedimientos específicos.
- **Reforzar en las Unidades Clínicas la perspectiva de la obtención de resultados en salud.**
- Focalizar la evaluación de **resultados en salud de atención primaria en patologías no complejas**, acorde con su capacidad de resolución.
- Focalizar la evaluación de **resultados en salud del ámbito hospitalario** al abordaje de **patologías muy concretas**.

#### 4. Priorización de las barreras identificadas

Se muestran a continuación los resultados del ejercicio de valoración y priorización de las barreras y dificultades identificadas en relación con cada una de las dimensiones de análisis.

La priorización se ha realizado aplicando dos criterios con escalas de puntuación específicas:

- **Relevancia:** grado en que la barrera o dificultad identificada **imposibilita** en el SNS el desarrollo operativo de modelos de financiación de centros sanitarios basados en resultados en salud.
- **Factibilidad:** para acometer **actuaciones** que contribuyan a superar la barrera identificada a corto o medio plazo.

Tras reajustar las puntuaciones a escala (0-100), las tablas 5 a 8 recogen las barreras identificadas clasificándolas según su puntuación en ambos criterios, atendiendo a las siguientes categorías:

- **Más relevantes (●●●)**, barreras cuya puntuación en el criterio de “Relevancia” se sitúa en el primer cuartil de la distribución de las puntuaciones otorgadas en su dimensión; **relevantes (●●)**, las situadas en el segundo cuartil; **menos relevantes (●)**, aquellas cuya puntuación se sitúa en el tercer y cuarto cuartil.
- **Más factibles (●●●)**, barreras cuya puntuación en el criterio de “Factibilidad” se sitúa en el primer cuartil de la distribución de las puntuaciones otorgadas en su dimensión; **factibles (●●)**, las situadas en el segundo cuartil; **menos factibles (●)**, aquellas cuya puntuación se sitúa en el tercer y cuarto cuartil.

Las figuras 2 a 5 muestran la priorización otorgada individualmente a las barreras de cada dimensión, visualizando la distancia entre la relevancia de la dificultad identificada y la factibilidad de acometer actuaciones que contribuyan a superarla.

Tabla 5. Priorización de las barreras para la evaluación operativa de resultados en salud en el Sistema Nacional de Salud

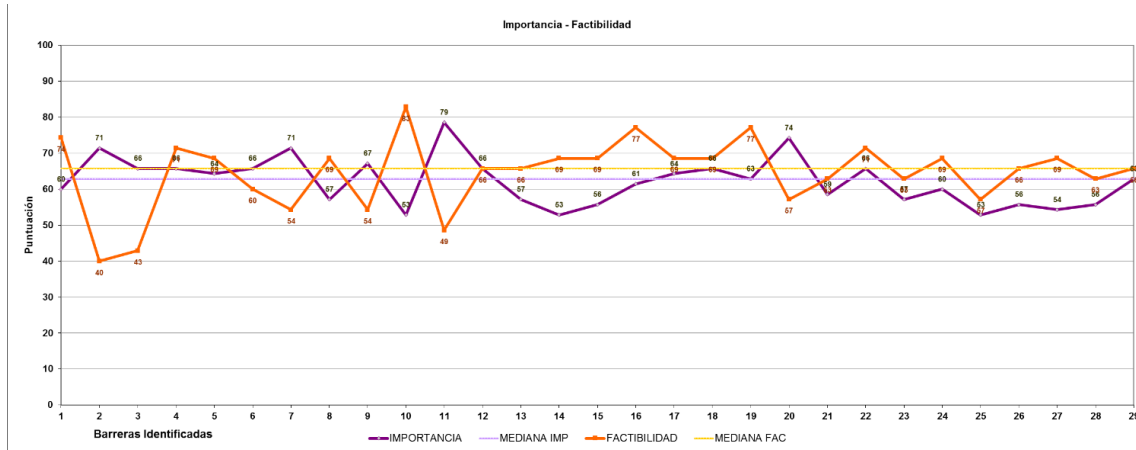
| 1. EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD               |  |                     |            |              |
|--|--|---------------------|------------|--------------|
| Ámbito   | Barreras   | Nivel               | Relevancia | Factibilidad |
| <b>Marco conceptual y cultura organizativa</b>     | 1. Falta de consenso en la definición de “Resultados en salud”   | Macro, Meso y Micro | •          | •••          |
|  | 2. Escaso liderazgo del Ministerio de Sanidad y ausencia de una Agencia estatal de referencia en la materia    | Macro               | •••        | •            |
|  | 3. Posible politización de la medición de resultados en salud  | Macro               | ••         | •            |
|  | 4. Necesidad de un cambio cultural: pasar de la medida de actividad (excesivamente priorizada) al resultado    | Macro, Meso y Micro | ••         | •••          |
|  | 5. Ausencia de sistemática de evaluación: escasa autonomía en gestión  | Macro               | ••         | ••           |
|  | 6. Modelo actual poco adecuado para la medición de resultados en salud   | Macro               | ••         | •            |
|  | 7. Escasa asociación entre objetivos, recursos y resultados  | Meso                | •••        | •            |
|  | 8. Escasa coordinación e integración clínica entre niveles   | Meso                | •          | ••           |
|  | 9. Implicaría la toma de decisiones en un ámbito conflictivo   | Meso                | •••        | •            |
|  | 10. Necesidad de profesionales técnicos cualificados en la materia en los centros sanitarios                   | Meso                | •          | •••          |
|  | 11. Rigidez del modelo público   | Micro               | •••        | •            |
|  | 12. Escasa vinculación entre incentivos profesionales y resultados en salud                                    | Micro               | ••         | ••           |
|  | 13. Interés limitado en profesionales asistenciales  | Micro               | •          | ••           |
| <b>Cartera de servicios y dotación tecnológica</b> | 14. Importante variabilidad en la cartera de servicios de los centros sanitarios                               |                     | •          | ••           |
|  | 15. Diversidad en la dotación de tecnología entre Unidades Clínicas de la misma especialidad                   | Micro               | •          | ••           |
| <b>Medición de resultados en salud</b>             | 16. Complejidad de la definición y medición de los resultados en salud   | Macro, Meso y Micro | •          | •••          |
|  | 17. Multicausalidad de los resultados en salud: su relación con los Planes y Estrategias no siempre es directa | Macro, Meso y Micro | ••         | ••           |



| 1. EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD |  |                     |            |              |
|--------------------------------------|--|---------------------|------------|--------------|
| Ámbito                               | Barreras   | Nivel               | Relevancia | Factibilidad |
|                                      | 18. Dificultad de incorporar la influencia de factores del entorno en la medición de los resultados en salud   | Macro, Meso y Micro | ••         | ••           |
|                                      | 19. No disponibilidad de un <i>benchmark</i> en resultados en salud  | Micro               | ••         | •••          |
| Sistemas de información              | 20. Necesaria implicación efectiva del nivel decisor, que conllevaría: inversión en sistemas de información e incentivación a profesionales implicados         | Macro               | •••        | •            |
|                                      | 21. Escasa generación, acceso y uso de información vinculada a resultados en salud   | Meso                | •          | •            |
|                                      | 22. Necesidad de actualización de los sistemas de información, de modo que permitan: registro veraz y explotación de los datos                                 | Macro, Meso y Micro | ••         | •••          |
| Historia clínica digital             | 23. No existencia de una historia clínica única compartida en todas las CCAA   | Macro               | •          | •            |
|                                      | 24. Estructuración no siempre adecuada de las variables recogidas en la historia clínica   | Macro               | •          | ••           |
|                                      | 25. Lenguajes de intercomunicación no uniformes en las distintas CCAA  | Macro               | •          | •            |
|                                      | 26. Dificultad de implantar nuevas tecnologías de la información en todos los centros  | Meso                | •          | ••           |
|                                      | 27. Dificultad de algunos profesionales para pasar a datos estructurados en historias clínicas   | Micro               | •          | ••           |
| Medición de la calidad de vida       | 28. Diversidad entre CCAA en el uso de herramientas para medir la calidad de vida del paciente   | Micro               | •          | •            |
|                                      | 29. Dificultad de aplicar en la práctica clínica diaria los instrumentos universales de medida de la calidad de vida (tiempo que requieren para su aplicación) | Micro               | ••         | ••           |

Fuente: Elaboración propia.

Figura 2. Priorización de las barreras para la evaluación operativa de resultados en salud en el Sistema Nacional de Salud



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 6. Priorización de las barreras para la incorporación de resultados en salud en los modelos de financiación de centros sanitarios

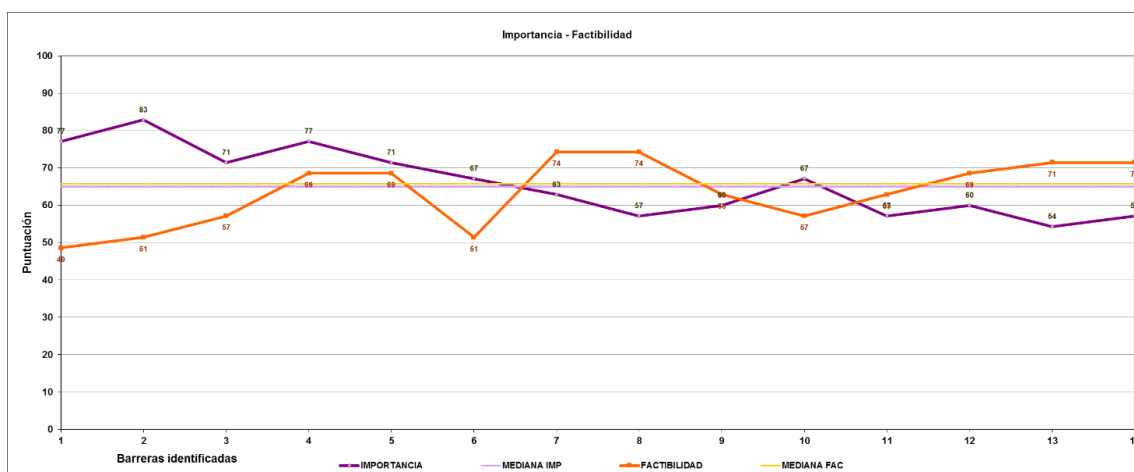
| <b>2. MODELOS DE FINANCIACIÓN DE CENTROS SANITARIOS</b> |   |                     |                   |                     |
|---|---|---------------------|-------------------|---------------------|
| <b>Ámbito</b>   | <b>Barreras</b>   | <b>Nivel</b>        | <b>Relevancia</b> | <b>Factibilidad</b> |
| <b>Cambio cultural y metodológico</b>                   | 1. Los recursos sanitarios actuales no responden en muchos casos a la necesidad social, sino a decisiones tomadas por criterios políticos | Macro               | •••               | •                   |
|   | 2. Vencer la inercia de modelos de financiación previos muy consolidados  | Macro               | •••               | •                   |
|   | 3. Resistencia al cambio: dificultad de asunción del cambio de filosofía por parte de los y las profesionales                             | Meso y Micro        | ••                | •                   |
|   | 4. Posible incoherencia entre la fijación de objetivos a largo plazo y la planificación de las actuaciones a corto plazo                  | Meso y Micro        | •••               | ••                  |
|   | 5. Dificultad para adaptar el modelo de evaluación anual a un análisis plurianual   | Meso y Micro        | ••                | ••                  |
|   | 6. Control en el modelo de financiación de los resultados en salud no atribuibles a las actuaciones de los centros                        | Meso y Micro        | ••                | •                   |
|   | 7. Puesta en marcha de mecanismos correctores en la atención  | Meso y Micro        | •                 | •••                 |
|   | 8. Integración en el modelo de todos los agentes implicados, incluyendo a pacientes   | Macro, Meso y Micro | •                 | •••                 |
| <b>Asignación financiera a los centros</b>              | 9. Resistencia de los centros al posible cambio en la asignación financiera   | Meso y Micro        | •                 | •                   |
|   | 10. Implicaciones de la posible redistribución de los recursos financieros entre los centros  | Meso y Micro        | ••                | •                   |
| <b>Sistemas de información</b>                          | 11. Posible necesidad de utilización de datos auto declarados, con pérdida de fiabilidad  | Meso y Micro        | •                 | •                   |
|   | 12. Inmadurez de algunas fuentes de información para obtener datos robustos   | Macro, Meso y Micro | •                 | ••                  |
| <b>Costes de implementación del modelo</b>              | 13. Coste administrativo-tecnológico y de gestión para la medición  | Macro, Meso y Micro | •                 | •••                 |

## 2. MODELOS DE FINANCIACIÓN DE CENTROS SANITARIOS

| Ámbito | Barreras  | Nivel               | Relevancia | Factibilidad |
|--------|---|---------------------|------------|--------------|
|        | 14. Coste de implementación del modelo de financiación por resultados | Macro, Meso y Micro | ●          | ●●●          |

Fuente: Elaboración propia.

Figura 3. Priorización de las barreras para la incorporación de resultados en salud en los modelos de financiación de centros sanitarios



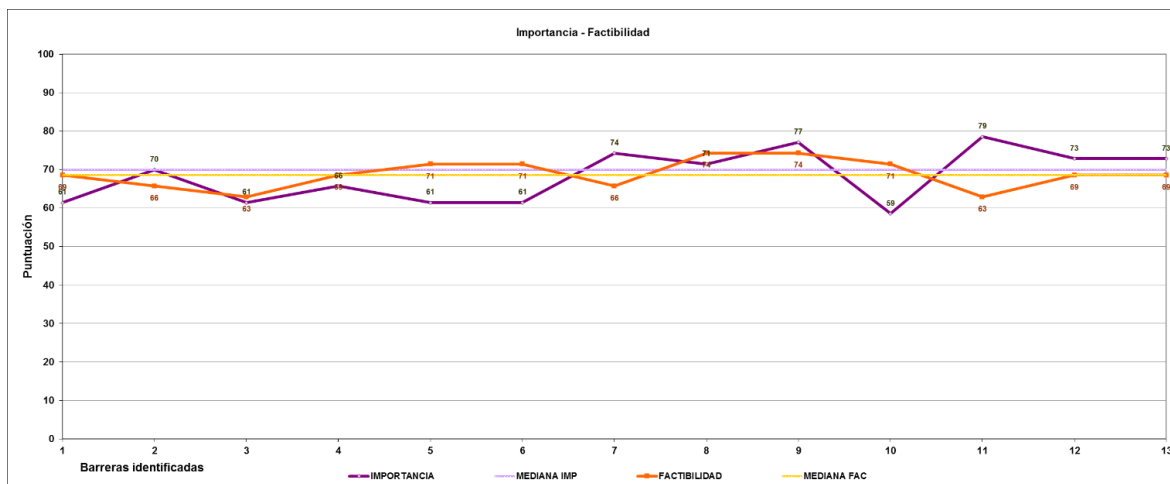
Fuente: Elaboración propia.

Tabla 7. Priorización de las limitaciones de los actuales sistemas de información para medir resultados en salud en el Sistema Nacional de Salud

| <b>3. SISTEMAS DE INFORMACIÓN DISPONIBLES</b>     |  |                     |                   |                     |
|---|--|---------------------|-------------------|---------------------|
| <b>Ámbito</b>                                     | <b>Barreras</b>  | <b>Nivel</b>        | <b>Relevancia</b> | <b>Factibilidad</b> |
| <b>Normalización</b>                              | 1. Diversidad de catálogos utilizados por los sistemas de información  | Macro y Meso        | •                 | ••                  |
|   | 2. Dificultades para la normalización de la información  | Macro y Meso        | ••                | •                   |
|   | 3. Dispersión de sistemas de información: utilización de diferentes aplicaciones y plataformas informáticas                                | Macro y Meso        | •                 | •                   |
| <b>Implantación efectiva de indicadores</b>       | 4. Orientación vertical de los sistemas de información, siendo la medición de resultados en salud más horizontal                           | Macro               | •                 | ••                  |
|   | 5. Fragmentación por niveles asistenciales de los sistemas de información disponibles  | Macro               | •                 | ••                  |
|   | 6. Dificultad para integrar la información asistencial (primaria, hospitalaria, centros monográficos...)                                   | Macro y Meso        | •                 | ••                  |
|   | 7. Tiempo requerido para la implantación operativa de indicadores de resultados en salud, que puede conllevar el abandono de la iniciativa | Macro, Meso y Micro | •••               | •                   |
| <b>Explotación de los sistemas de información</b> | 8. Diseño de los sistemas de información no orientado a la evaluación de resultados en salud   | Macro               | ••                | •••                 |
|   | 9. Información no codificada o no estructurada convenientemente (p.e. uso de campos de registro en modo "texto", hojas vinculadas, etc.)   | Macro               | •••               | •••                 |
|   | 10. Implantación en los centros asistenciales de soluciones comerciales más orientadas a la investigación que a la gestión clínica         | Macro y Meso        | •                 | ••                  |
|   | 11. Lenta evolución de los sistemas de información: falta de flexibilidad para incorporar cambios  | Macro               | •••               | •                   |
|   | 12. Variabilidad en la cantidad y calidad de la información registrada   | Meso y Micro        | ••                | ••                  |
|   | 13. Limitaciones en el sistema de registro de la historia clínica única  | Micro               | ••                | ••                  |

Fuente: Elaboración propia.

Figura 4. Priorización de las limitaciones de los actuales sistemas de información para medir resultados en salud en el Sistema Nacional de Salud



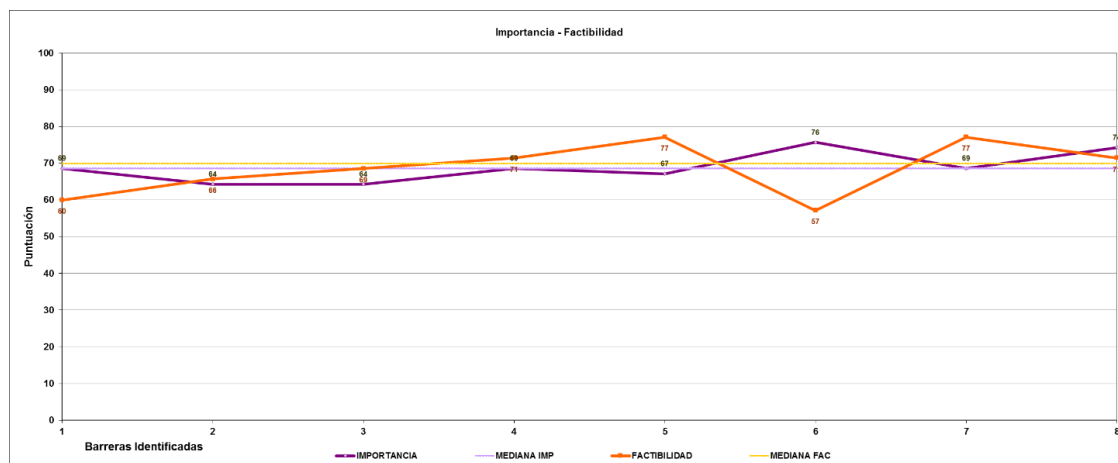
Fuente: Elaboración propia.

Tabla 8. Priorización de las barreras identificadas en el actual modelo organizativo para medir resultados en salud en el Sistema Nacional de Salud

| <b>4. IMPLICACIONES DEL MODELO ORGANIZATIVO</b>           |   |              |                   |                     |
|---|---|--------------|-------------------|---------------------|
| <b>Ámbito</b>   | <b>Barreras</b>   | <b>Nivel</b> | <b>Relevancia</b> | <b>Factibilidad</b> |
| <b>Determinantes sociales en salud</b>                    | 1. Relación de los resultados en salud no solo con la prestación de asistencia sanitaria, sino con otros factores no controlables por las organizaciones sanitarias | Macro y Meso | ••                | •                   |
| <b>Cartera de servicios</b>                               | 2. Cuestionamiento de programas de detección precoz: efectividad y coste  | Macro        | •                 | •                   |
| <b>Integración de servicios</b>                           | 3. Estructuras asistenciales incongruentes con la demarcación geográfica y poblacional  | Macro        | •                 | •                   |
| <b>Modelo de retribuciones profesionales e incentivos</b> | 4. Falta de vinculación de las retribuciones profesionales (Dirección por Objetivos) con los objetivos de la organización (resultados en salud)                     | Meso y Micro | ••                | ••                  |
| <b>Contrato Programa</b>                                  | 5. Falta de coordinación asistencial que dificulta la consecución de resultados en salud  | Meso y Micro | •                 | •••                 |
|   | 6. Dificultad de establecer un sistema integral de evaluación que sea simple, con incentivos potentes y evaluable   | Meso y Micro | •••               | •                   |
|   | 7. Dificultad de delimitar responsabilidades entre atención primaria y hospitalaria en la consecución de objetivos de resultados en salud                           | Meso         | ••                | •••                 |
|   | 8. Perspectiva anual del Contrato Programa que no favorece el enfoque de evaluación de resultados en salud  | Meso         | •••               | ••                  |

Fuente: Elaboración propia.

Figura 5. Priorización de las barreras identificadas en el actual modelo organizativo para medir resultados en salud en el Sistema Nacional de Salud



Fuente: Elaboración propia.



## 5. Recomendaciones finales

Como resultado de la reflexión realizada por el grupo de personas expertas sobre la incorporación de la evaluación de resultados en salud en modelos de financiación de centros sanitarios:

- La evaluación de resultados en salud que se vincule a la financiación del centro sanitario debe estar relacionada con los resultados a medio plazo de la práctica clínica.
- Dichas medidas de resultados en salud deben ser concretas, referidas a intervenciones específicas y objetivas del centro sanitario, reflejando su impacto en la mejora del estado funcional o de salud de los individuos o de la población.
- Es conveniente que se incorpore, junto a otros indicadores, la medición de resultados en términos de salud auto percibida por el individuo o la población sobre la que el centro sanitario realiza sus intervenciones.
- Una condición necesaria para el desarrollo de modelos de financiación basados en resultados en salud es disponer del patrón epidemiológico de la población. Sobre dicha base, puede analizarse el uso de los servicios sanitarios y los resultados de las actuaciones asistenciales, incorporando los ajustes correspondientes en las mediciones.
- Para vincular los resultados en salud a la financiación del centro, debe medirse el impacto causal de las actuaciones sanitarias mediante indicadores intermedios, durante un periodo de tiempo establecido. Para ello, es importante realizar ajustes *ex - ante* por criterios de equidad explícitos.
- Al menos en el desarrollo de las primeras experiencias, en el modelo de financiación de centros sanitarios la asignación económica por resultados en salud debe representar una parte reducida del montante financiero total (no más del 5%).
- Desarrollar proyectos piloto en los Servicios de Salud para testar el funcionamiento de estos modelos, preferentemente de forma coordinada en varias CCAA.

## 6. Bibliografía consultada

- Appleby J, Harrison T, Hawkins L, Dixon A. Payment by Results How can payment systems help to deliver better care? London: The King's Fund; 2012.
- Baxter PE, Hewko SJ, Pfaff KA, Cleghorn L, Cunningham BJ, Elston D, Cummings GG. Leaders' experiences and perceptions implementing activity-based funding and pay-for-performance hospital funding models: A systematic review. *Health Policy*. 2015; 119: 1096-110.
- Boeckxstaens P, Smedt DD, Maeseener JD, Annemans L, Willems S. The equity dimension in evaluations of the quality and outcomes framework: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2011; 11: 209.
- Bruin SR, Baan CA, Struijs JN. Pay-for-performance in disease management: a systematic review of the literature. *BMC Health Serv Res*. 2011; 11: 272.
- Department of Health Payment by Results team. National Health Service. A simple guide to Payment by Results. Gateway Reference 18135. National Health Service; 2012.
- Eijkenaar F, Emmert M, Scheppach M, Schöffski O. Effects of pay for performance in health care: a systematic review of systematic reviews. *Health Policy*. 2013; 110: 115-30.
- Eijkenaar F. Pay for performance in health care: an international overview of initiatives. *Med Care Res Rev*. 2012; 69: 251-76.
- Emmert M, Eijkenaar F, Kemter H, Esslinger AS, Schöffski O. Economic evaluation of pay-for-performance in health care: a systematic review. *Eur J Health Econ*. 2012; 13: 755-67.
- García-Lacalle J, Martín Vallespín E, Royo Montañés S. La financiación de la sanidad pública. Efecto de los sistemas de pago prospectivos en el rendimiento de los hospitales. *Presupuesto y Gasto Público*. 2009; 57: 99-115.
- García Alcaraz F, Alfaro Espín A, Moreno Sotos JL. Evaluación de Resultados de Salud. Panorama sobre el uso de medidas de Resultados de Salud basadas en el paciente en la práctica clínica. *Rev Clin Med Fam*. 2009; 2 (6): 286-293.
- Gillam SJ, Siriwardena AN, Steel N. Pay-for-performance in the United Kingdom: impact of the quality and outcomes framework: a systematic review. *Ann Fam Med*. 2012; 10: 461-8.
- Houle SK, McAlister FA, Jackevicius CA, Chuck AW, Tsuyuki RT. Does performance-based remuneration for individual health care practitioners affect patient care?: a systematic review. *Ann Intern Med*. 2012; 157: 889-99.
- Huerta TR, Hefner JL, McAlearney AS. Payment models to support population health management. *Adv Health Care Manag*. 2014; 16: 177-83.
- Lee JY, Lee SI, Jo MW. Lessons from healthcare providers' attitudes toward pay-for-performance: what should purchasers consider in designing and implementing a successful program? *J Prev Med Public Health*. 2012; 45: 137-47.
- Martín Martín JJ, López del Amo González MP. Financiación de proveedores sanitarios. Capítulo 16. En: Temes Montes JL, Mengíbar Torres M. *Gestión hospitalaria*, 5ª edición. Madrid: Mac Graw Hill; 2011.
- Merkur S, Maresso A, McDaid D (Eds). *Efficiency and Health Care* (Editorial). *Eurohealth*, 2012; 18(3).
- Peiro S, Garcia Altes A. Posibilidades y limitaciones de la gestión por resultados de salud, el pago por objetivos y el redireccionamiento de los incentivos. Informe SESPAS 2008. *Gac Sanit*. 2008; 22 (Supl 1): 143-55.
- Smith PC. Resource allocation and purchasing in the Health sector: the English experience. *Bulletin of the World Health Organization*. 2008; 86: 884-888.
- Soto Álvarez J. Implicación de la investigación de resultados en salud en la mejora continua de la calidad asistencial del Sistema Nacional de Salud. *An Med Interna*. 2007; 24: 517-519.
- Urbanos Garrido R. *Modelos y técnicas de asignación de recursos sanitarios*. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2012.
- Van Herck P, De Smedt D, Annemans L, Remmen R, Rosenthal MB, Sermeus W. Systematic review: Effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care. *BMC Health Serv Res*. 2010; 10: 247.

WHO European Observatory on Health Systems. Paying for Performance in Health Care: Implications for health system performance and accountability. Edited by Cheryl Cashin, Y-Ling Chi, Peter Smith, Michael Borowitz and Sarah Thomson. Maidenhead: Open University Press; 2014.