



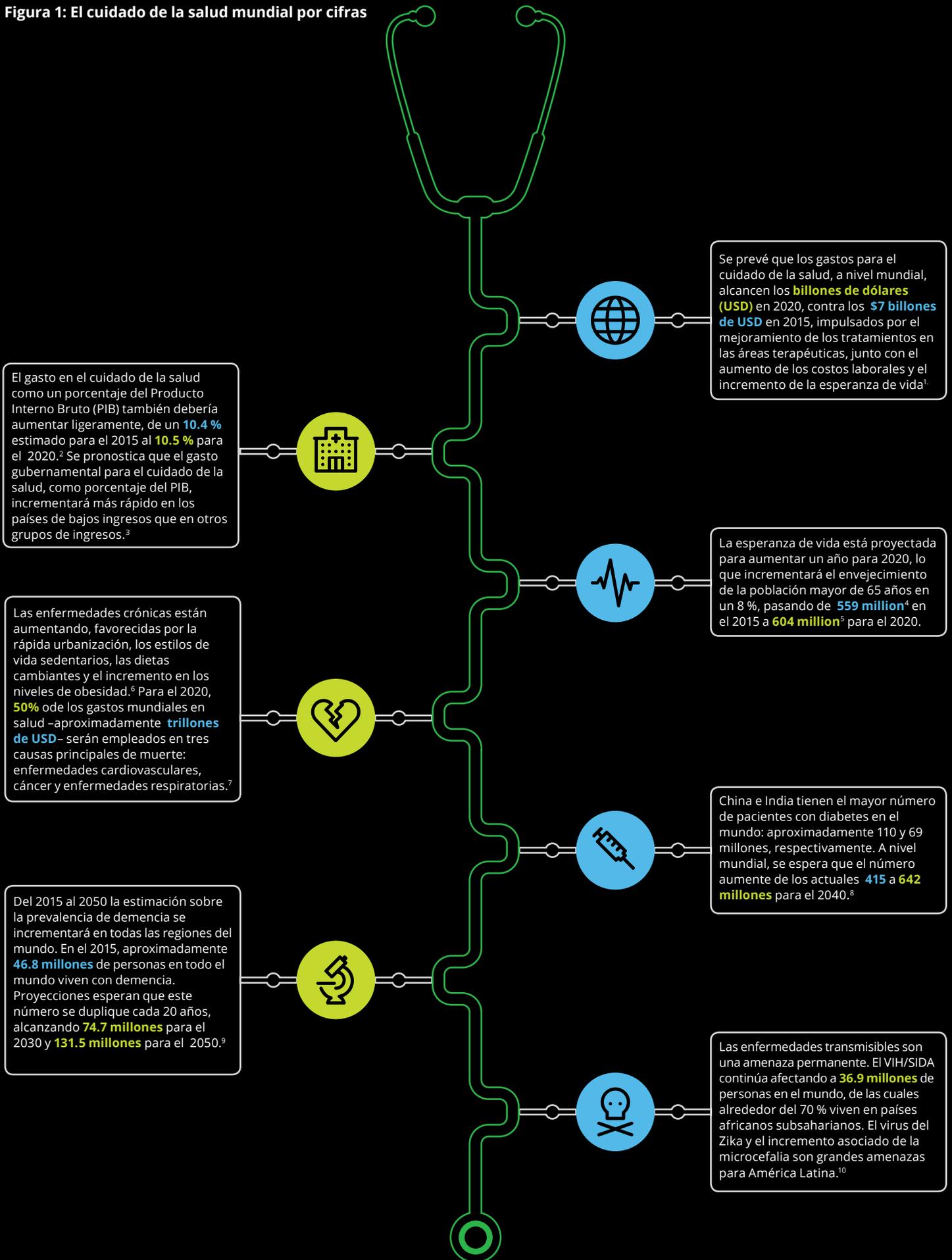




# Visión general y perspectivas

Los retos de proporcionar y financiar el cuidado de la salud en todo el mundo no han cambiado mucho en los últimos años y es poco probable que lo hagan en el 2017. La demanda, cada vez mayor, y el gasto asociado están siendo impulsados por el envejecimiento de la población, la creciente prevalencia de las enfermedades crónicas y las comorbilidades, el desarrollo de costosas innovaciones clínicas, la cada vez mayor sensibilización del paciente, el conocimiento y las expectativas, así como la incertidumbre económica continua a pesar de los focos regionales de recuperación (Figura 1, página siguiente).

Figura 1: El cuidado de la salud mundial por cifras



En virtud de que parece ser muy probable que persista la demanda de la atención médica y de los desafíos de costos actuales en el corto plazo –si no es que durante más tiempo– las respuestas de las partes interesadas tendrán que cambiar de tendencia. ¿Están los gobiernos, los proveedores, los contribuyentes, las empresas de ciencias de la vida y los consumidores logrando avances? Es probable, pero en algunos casos puede ser demasiado pronto para decirlo. Los actores establecidos, los nuevos participantes disruptivos y los gobiernos están desarrollando nuevas soluciones y enfoques para mejorar el acceso y la calidad de la atención y controlar los costos. Pero ¿están logrando sus esfuerzos la eficiencia de costos previsto? A falta de medidas definitivas, los resultados hasta la fecha parecen estar mezclados.

Las organizaciones del cuidado de la salud necesitan hacer un mejor trabajo de gestión del riesgo clínico y financiero; integrando la atención a la salud, la atención mental y conductual y los servicios sociales, y pasar de un modelo de solución a uno que fomenta la atención preventiva y personalizada. Mientras tanto, los gobiernos y otras partes interesadas están tratando de encontrar el mejor camino para seguir adelante: aquí está la cantidad de dinero que tenemos que gastar en la atención a la salud y esto es lo que planeamos hacer, aquí están las herramientas que necesitamos para proporcionar atención y servicios de alta calidad, acceso equitativo y resultados óptimos para los pacientes a un costo asequible.

¿Puede replicarse el éxito en un área clínica, un modelo de pago o una región geográfica en otra? ¿Pueden las nuevas tecnologías resolver viejos problemas? Ciertamente, la colaboración será esencial para avanzar contra los desafíos persistentes. Este panorama del 2017 revisa el estado actual del sector de la salud global, explora las tendencias y los problemas que afectan a las organizaciones del sector y sugiere consideraciones para las partes interesadas, ya que busca brindar servicios de salud rentables y de alto valor.



# Temas del sector de la salud en el 2017

## Costo

Está previsto que las regiones principales del mundo vean incrementos en el gasto del cuidado de la salud que van del 2.4% al 7.5% entre el 2015 y el 2020 (Figura 2). Proyecciones indican que el gasto en la salud como porcentaje del PIB aumentará con mayor rapidez en los países de bajos ingresos, debido a los reembolsos limitados del gobierno para las enfermedades respiratorias. Mientras tanto, los costos de las enfermedades cardiovasculares siguen aumentando para los países de ingresos bajos y medios.

Aun cuando los países se esfuerzan por ampliar el acceso a la atención médica o para instituir

formas de cobertura universal, los problemas de infraestructura dificultan cada vez más que los sistemas públicos del cuidado de la salud mantengan los niveles actuales de servicio y que éstos sean asequibles. En respuesta, varias naciones están estudiando medidas discretas de contención de costos, tales como el aprovechamiento de los planes privados de salud para mejorar la provisión de atención (América Latina), reducir la carga de los sistemas públicos (Europa Occidental), mover el cuidado a entornos menos costosos (América del Norte) así como disminuir la dependencia de los gastos de los bolsillos (OOP por sus siglas en inglés) de los consumidores (Asia, excluyendo Japón). Otros se están comprometiendo con la

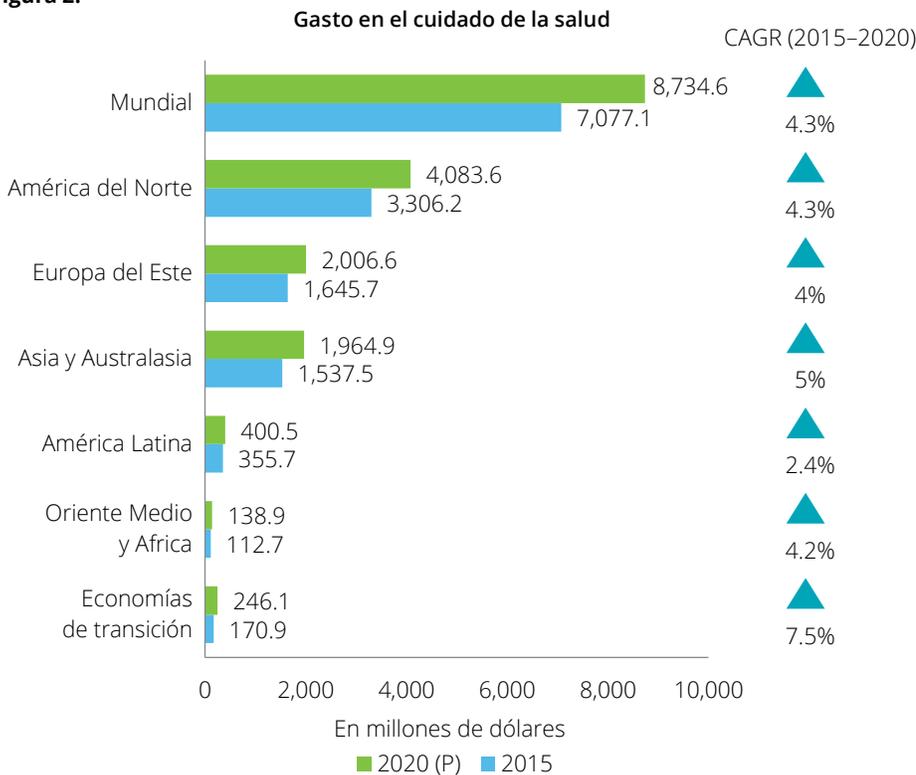
transformación a gran escala de sus modelos financieros y de atención existentes.

## Medidas de contención de costos

Aunque hay quienes podrían argumentar que toda la fruta madura ya ha sido escogida, los gobiernos y los sistemas de salud de todo el mundo siguen aplicando medidas de contención de costos orientadas a reducir los desechos clínicos y administrativos y mejorar la eficiencia operativa. Las tácticas comunes incluyen:

- La consolidación del sistema médico-hospital, hospital-hospital y hospital-sistema de salud, así como la formación de cadenas y entidades de atención de salud de mayor tamaño para lograr economías de escala.
- Diversificación de los ingresos a través de la integración vertical y el cambio del cuidado en los hospitales a un entorno más barato y no tradicional, incluyendo centros de atención de urgencia, clínicas detallistas y atención comunitaria y domiciliaria, así como entornos virtuales.
- Adquisiciones estratégicas regionales o de sistemas de salud para que los suministros y los servicios hospitalarios tengan mayor poder de negociación a lo largo de la cadena de valor.
- Vías clínicas para mejorar la seguridad del paciente, mejorar la eficiencia del servicio y regular los medicamentos con receta.
- Procesos clínicos estandarizados para coordinar y distribuir mejor las responsabilidades entre los departamentos y utilizar los recursos de manera más eficiente.
- Mayor uso de medicamentos genéricos y biosimilares frente a productos de marca más caros.
- Centros de servicios compartidos para apoyo de back office tales como tecnología de la información (IT por sus siglas en inglés), recursos humanos (HR por sus siglas en inglés) y finanzas.

Figura 2:



Fuente: *Perspectivas de la industria mundial, Cuidado de la salud y productos farmacéuticos*, La Unidad de Inteligencia Económica, junio de 2016

- Prestación de servicios asistidos por la tecnología y métodos de entrega, tales como robots para el despacho de medicamentos, prescripciones electrónicas, novedosas tarjetas de pago, sistemas administrativos de pacientes, registros médicos electrónicos (EMRs por sus siglas en inglés), registros médicos personales (PHRs por sus siglas en inglés) y telemedicina.

### Modelos financieros emergentes

Imaginar de nuevo y reconfigurar los incentivos económicos para que las organizaciones de atención médica sean recompensadas por hacer lo correcto en el momento adecuado para apoyar la salud de sus pacientes sigue siendo una frontera fundamental en el empuje hacia programas de pagos basados en resultados y valor. A nivel macro, los pagos basados en resultados continúan creciendo en popularidad sobre los modelos históricos de pago por servicio (FFS, por sus siglas en inglés), en respuesta a la creciente demanda de los contribuyentes de los servicios de salud y de los consumidores por la atención de salud de alto valor<sup>11</sup>. En los Estados Unidos, por ejemplo, la Ley de Reautorización de Acceso a Medicare y CHIP del 2015 (MACRA, por sus siglas en inglés) es una ley de pago destinada a impulsar una reforma importante en el sistema de pago y de entrega de la atención médica para el personal clínico, los sistemas de salud, el Medicare y otros contribuyentes gubernamentales y comerciales. La ley establece un camino hacia un nuevo sistema de pagos que adaptará mejor el reembolso con la calidad y los resultados. El primer período de informes de desempeño bajo la ley estaba programado para comenzar el 1 de enero del 2017.<sup>12</sup>

Aún, los modelos financieros varían mucho según el país. Australia, por ejemplo, mantiene un compromiso firme con el financiamiento basado en los servicios de atención a la salud tanto en sus sistemas públicos como privados, aunque hay una creciente exploración de los sistemas de pagos basados en los resultados. Dinamarca está reduciendo gradualmente el uso de los modelos financieros basados en DRG en su movimiento hacia un enfoque en la calidad del servicio y relevancia más que volumen.

Un gran número de países están estudiando la posibilidad de adoptar modelos financieros público-privados. China está emitiendo políticas y haciendo pruebas para acelerar el crecimiento del seguro de salud comercial, que tradicionalmente ha tenido un papel mínimo en el sistema de salud. Los próximos años pueden ver un esquema de reembolso con seguros de salud pública como el pilar (que cubra las necesidades de atención básica) y los seguros privados como complemento significativo. En Japón, las preocupaciones sobre las terapias cada vez más caras están llevando a las compañías de seguros privadas a concentrarse más en ofrecer planes que complementen los programas de subsidios de los OOP, como el que establece un tope mensual de copago (aproximadamente \$800 USD para aquellos con un nivel de ingresos generales). Del mismo modo, en los mercados del sudeste asiático, donde el financiamiento de la salud pública cubre sólo una parte de los tratamientos de oncología, las empresas multinacionales están haciendo experimentos con programas de asistencia a los pacientes para ayudar a financiar sus medicamentos oncológicos. Por último, los cambios en el marco regulatorio de México y el deseo de mejorar la calidad de la atención de salud que brinda el gobierno deben impulsar nuevas asociaciones público-privadas.

El Reino Unido prevé un aumento de los acuerdos de colaboración y de distribución de riesgos. La guía de planificación compartida del Servicio Nacional de Salud (NHS, por sus siglas en inglés) para el 2016 / 2017-2020 / 2021 estableció los requisitos para que los sistemas de atención a la salud produzcan Planes de Sostenibilidad y Transformación (STP, por sus siglas en inglés) a cinco años<sup>13</sup>. En enero del 2016, los sistemas locales se unieron para formar 44 STP "huellas" destinadas a transformar la atención y los resultados de los pacientes y los déficits de cierre; la implementación de los STP comenzó a finales del año. También se prevé que el modelo del Reino Unido de "proveedor líder" de financiamiento ganará aceptación en el 2017. En el año 2015, el NHS invitó a organizaciones individuales y asociaciones a aplicar para convertirse en sitios de "vanguardia" para el nuevo programa de modelos de atención,

como parte de Una Visión de Cinco Años hacia Adelante del NHS. En este modelo, los proveedores principales toman el control sobre los presupuestos y el riesgo financiero, subcontratando los servicios a las organizaciones asociadas<sup>14</sup>.

### Gestión de la salud de la población

Las partes interesadas del sector, en particular aquellos en los sistemas de salud avanzados, abogan por el cambio de un modelo de "sanción" de la atención a la salud a uno centrado en la prevención y la salud holística global de las poblaciones, en lugar de tratamientos episódicos y basados en transacciones. Las provincias de Canadá han comenzado a poner este movimiento en acción dirigiéndose a segmentos clave de la población para introducir nuevos modelos de atención para mejorar los resultados. México también está enfocando los programas y recursos del sistema de salud pública en la prevención. Como parte del objetivo del gobierno de "consolidar acciones de protección, promoción de la salud y prevención de las enfermedades"<sup>15</sup>, México está fortaleciendo los servicios de salud al nivel de atención primaria, promoviendo la adopción de hábitos saludables que mejoran la calidad de vida y creando conciencia entre la población sobre los beneficios de una atención médica más frecuente y proactiva.

En Japón, el cambio de medicamentos a la prevención, se puede ver en el programa del Ministerio de Economía, Comercio e Industria (METI, por sus siglas en inglés) "Selección de Acciones de Salud y Productividad", que premia a las empresas que se centran en y llevan a cabo estratégicamente la gestión de la salud y la productividad de sus empleados. En Australia, la gestión de la salud de la población es la responsabilidad del gobierno del Commonwealth y las iniciativas se gestionan, en gran medida, a través de las Redes de Salud Primaria. Se han usado campañas de marketing social, dirigidas a la obesidad, el tabaquismo, el alcohol y otras drogas, en varias ocasiones con resultados variables. Existe un reconocimiento general, a nivel de las políticas gubernamentales, de que se requiere un enfoque de salud de aproximación para modificar la curva de costos en los gastos de

## Alineando los incentivos financieros de los proveedores

Fundada en 2005, la empresa alemana *Gesundes Kinzigtal* es una empresa conjunta entre una red de médicos de *Kinzigtal* y una empresa de gestión de la salud con sede en Hamburgo, *OptiMedis AG*. Su iniciativa de atención integral, basada en la población, es un modelo de ahorro compartido que ha demostrado, tanto mejoras en costos como en calidad. Los proveedores de *Gesundes Kinzigtal* comparten el ahorro con sus dos contribuyentes de enfermedades (que administran la salud de unas 35 mil personas) cuando los costos están por debajo de los parámetros de referencia determinados a nivel nacional<sup>16</sup>. Aunque la compensación financiera de los proveedores está basada en una estructura de pago por servicio (FFS, por sus siglas en inglés), los incentivos están alineados con los resultados de salud a través de bonos de desempeño, vinculados con la pérdida de peso, dejar de fumar o mejorar las medidas clínicas de salud, tales como A1c para los pacientes diabéticos<sup>17</sup>. Un estudio realizado utilizando datos del 2004-2011 encontró que hubo una disminución en el uso excesivo, la infrautilización o el uso indebido del cuidado de la salud en la región de *Kinzigtal*, así como mejoras en la experiencia de los pacientes<sup>18</sup>. También se ha desacelerado el crecimiento de los costos: la iniciativa de cuidados integrados de *Gesundes Kinzigtal* generó un ahorro de 16.9 % entre el 2006 y el 2010<sup>19</sup>, motivado principalmente por una caída en las admisiones hospitalarias<sup>20</sup>.

salud, a pesar de que los impulsores reales para incentivar este enfoque no se han implementado en su totalidad.

A pesar del creciente entusiasmo por la atención a la salud basada en la población, una proporción intransigente y costosa de la población que es poco probable que cambie los comportamientos (y se apropie de su salud y bienestar) continuará ejerciendo presión sobre los sistemas de salud y de asistencia social. Y hay otras áreas que mejorar antes de que la salud de la población pueda realmente ser exitosa, a saber: integrar la gestión coordinada de la atención en las organizaciones de proveedores y contribuyentes; la implementación de capacidades tecnológicas y analíticas que permitan el seguimiento de las actividades de atención de los pacientes y los resultados en diferentes entornos de atención, y ofrecer fuertes incentivos de pago y contratación. El uso constante de los EHR sigue siendo una barrera. Si bien se están haciendo progresos para aumentar la adopción de los EHR, las restricciones presupuestales de los proveedores están limitando su capacidad para llevar a cabo las inversiones de capital necesarias.

### Gestión sanitaria localizada

Los sistemas de salud del mundo comparten muchos problemas similares en cuanto al cuidado y al costo, pero cada región, país y comunidad también se enfrentan con temas basados en factores demográficos, gubernamentales, clínicos y financieros exclusivamente locales. Por esta razón, un gran número de países está pasando de una gestión sanitaria centralizada a una gestión sanitaria más localizada.

Australia es un ejemplo: varios departamentos de salud estatales están redefiniendo su papel como comisionados estratégicos de salud o administradores de sistemas en lugar de proveedores de servicios. Australia occidental se ha cambiado recientemente para establecer juntas y equipos ejecutivos de gerencia para cada distrito de salud. Nueva Gales del Sur, que ya ha establecido esa estructura, está en el proceso de diseñar lo que será la "segunda ola" de devolución para dar más autonomía a las 17 redes locales de salud. Victoria, que cuenta

con una estructura descentralizada desde hace más de 15 años, se está moviendo para consolidar sus 84 áreas de salud regionales en regiones más grandes que promueven una mejor planificación de servicios y servicios compartidos. Por último, en Queensland, el departamento de salud ha tratado de reducir sus servicios centrales de apoyo, al tiempo que alienta la delegación de autoridad y rendición de cuentas a sus servicios y juntas de salud.

Los representantes de los estados locales en México pueden tomar decisiones sobre el presupuesto del cuidado de la salud y adoptar diferentes tipos de soluciones basadas en sus recursos, capacidades y necesidades. En otro ejemplo, todos los gobiernos locales de Japón deben anticipar sus necesidades para el cuidado de la salud en el 2025 y estimar la brecha entre los recursos estatales actuales y los futuros, previstos en el estado. Sobre la base de esta estimación, los gobiernos locales desarrollarán un plan de atención a la salud con una visión de futuro que incluya los recursos médicos necesarios y la asignación de camas de hospital. A pesar de que los hospitales no están obligados a seguir el plan de su gobierno local, se espera que la reforma de los honorarios médicos del gobierno nacional lleve a los cambios requeridos.

En el Reino Unido, el acuerdo "Devo Manc" de 2015 otorga a Greater Manchester una autonomía sobre el presupuesto de salud y asistencia social de 6 billones de libras de la región<sup>21</sup>. De manera similar, el Acuerdo de Colaboración de Salud y Atención de Londres y el Acuerdo de Devolución Sanitaria de Londres trazaron el camino para que Londres tuviera una mayor autonomía sobre su provisión de servicios de salud y de asistencia social<sup>22</sup>. A pesar de una posible desaceleración de la devolución debido a una reorganización del gabinete en el 2016<sup>23</sup>, se espera que el proceso de comisión regional continúe. Esto ya se ha evidenciado a través de reformas en la Puesta en Marcha del NHS de Inglaterra –en la que ocurre la puesta en marcha de los servicios especializados a través de equipos de área regionales– junto con el papel cada vez mayor de las "huellas" regionales de la puesta en marcha de la STP<sup>24</sup>.

## Invirtiendo en la prevención

La prevención y la promoción de la salud es uno de los siete signos vitales o marcadores de un sistema de atención saludable, según el informe de julio del 2016 del Centro para las Soluciones de la Salud de Deloitte Reino Unido, *Signos vitales: cómo ofrecer un mejor cuidado de la salud en toda Europa*.<sup>25</sup>

La prevención es una inversión en la salud de las personas. Reduce la carga de la enfermedad y contribuye a la sostenibilidad de los sistemas de salud. Invertir en prevención es una oportunidad para mejorar la eficiencia del sistema y para reducir las desigualdades. Existe un amplio consenso y evidencia de que las actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades son rentables. También contribuyen a aumentar la longevidad y a mejorar el estado de la salud. Desafortunadamente, los sistemas de salud todavía se basan en la enfermedad y no en la promoción de la salud. Mientras que los formuladores de políticas, los contribuyentes y los proveedores reconocen la necesidad de cambiar el enfoque de la enfermedad y la curación al bienestar y la prevención, el avance en la lucha contra las desigualdades en la salud y el manejo de las condiciones a largo plazo es variable.

Una buena prevención abarca una serie de enfoques para reducir los riesgos de la mala salud, entre ellos:

- **Conocimientos de salud, programas de educación y campañas** enfocadas a mejorar el conocimiento y el entendimiento de la salud y del cuidado de la salud, especialmente en grupos vulnerables y de alto riesgo; apoyar a las personas para que se auto administren, especialmente, aquellas con condiciones crónicas y a largo plazo, y modificando

comportamientos mediante el estímulo a elegir opciones saludables del estilo de vida.

**Políticas y programas de vacunación de adultos y de niños** apoyados y totalmente financiados por el gobierno que tienen como objetivo mantener o aumentar las tasas de vacunación contra enfermedades prevenibles.

- **Detección de enfermedades** (por ejemplo, detección de cáncer de mama, cervical, colorrectal y de próstata, así como programas de detección de salud de niños y ancianos) dirigidos a la identificación temprana de las personas en riesgo de enfermedad y ayudar al personal a orientar las intervenciones de atención de salud de manera más eficaz
- **Políticas y programas de prevención asociada con las infecciones en el cuidado de la salud** para reducir el alcance de tales infecciones, así como el crecimiento de la resistencia a los antibióticos.
- **Mejorar la prevención secundaria** mediante la educación y la capacitación del personal de atención primaria para comprender los beneficios de recetar estatinas, antihipertensivos, medicamentos anti-colesterol, etc. y recetar de acuerdo con los protocolos estándar y las directrices con objetivos para reducir los factores de riesgo, tales como la presión arterial alta, el azúcar en la sangre alta y los bajos niveles de oxígeno.
- **Utilizar todos los puntos de contacto** entre el personal de salud y de asistencia social y el público (por ejemplo, Centros de salud, escuelas y lugares de trabajo) para promover la prevención y los estilos de vida saludables, incluyendo la salud física, mental y sexual.
- **Proporcionar transparencia en el desempeño del proveedor y del clínico en la prevención.**

### Caso de estudio:

**Las escuelas libres de humo en Alemania—el abordaje temprano de los grupos en riesgo mejora los resultados de la prevención primaria.**

"Se inteligente, no empieces" es una campaña alemana en curso, en la escuela, destinada a retrasar y prevenir la iniciación al tabaquismo y pasar de ser un fumador experimental a uno regular. La campaña cuenta con el apoyo del Centro Federal de Educación para la Salud, de todos los estados federales y de un gran número de organizaciones públicas y privadas de los sectores de salud y de atención a la salud. Las clases pueden participar después de votar para ser una clase de no fumadores de noviembre a abril de cada año. Se registraron más de 7,500 clases para la competencia del año escolar 2015-2016. Los estudiantes deben firmar un contrato individual y un contrato de clase conjunta en el que prometen no fumar ni consumir nicotina en ninguna de sus formas durante la competencia. Los estudiantes participan en numerosas actividades relacionadas con la salud e informan semanalmente sobre los hábitos fumadores, un mínimo del 90% de los estudiantes tiene que abstenerse de usar nicotina para que la clase permanezca en la competencia. Las clases exitosas entran en un sorteo. Un estudio longitudinal del programa publicado en el 2012 mostró que las tasas de tabaquismo en los adolescentes disminuyeron del 28 % en 2001, al 11.7 % en el 2011 (alrededor de tres millones de estudiantes participaron en el programa durante ese período)<sup>26</sup>.

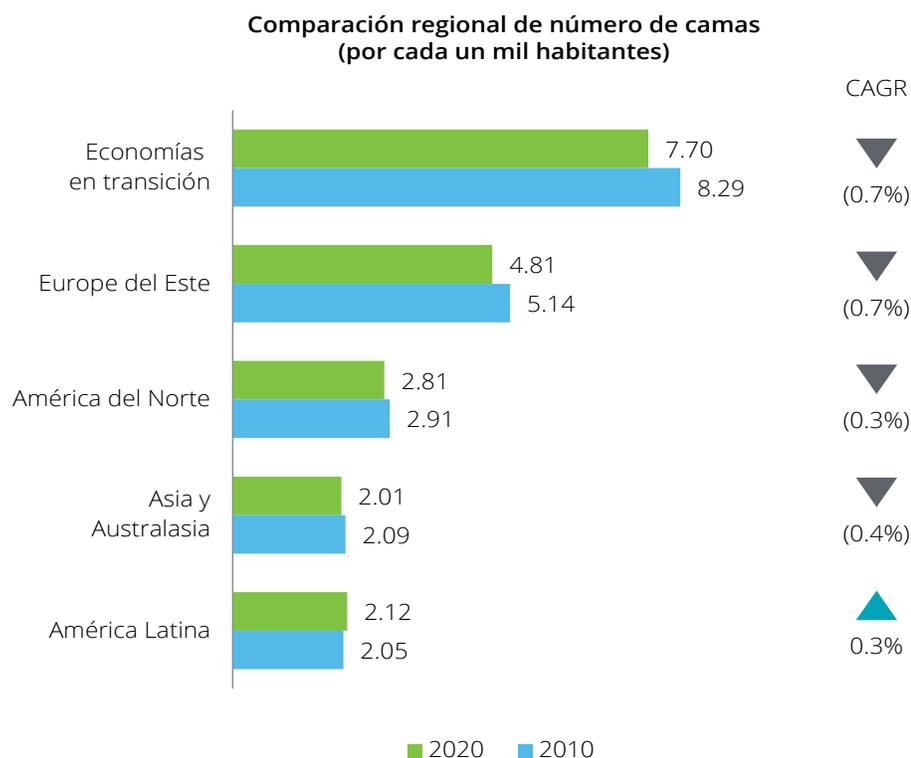
### Prestación del cuidado

La falta de acceso a los servicios básicos del cuidado de la salud y las variaciones en la calidad de la atención son problemas persistentes en muchas regiones del mundo—no sólo en aquellas en las que la mayoría de la población recibe servicios de un sistema de salud financiado con fondos públicos, sino también en los mercados desarrollados como en los Estados Unidos, donde el Fondo del Commonwealth, en una encuesta de 11 países del 2016, encontró que un tercio de los adultos estadounidenses estuvieron sin atención recomendada, no vieron a un médico cuando estaban enfermos o no surtieron una receta debido al costo<sup>27</sup>. Los déficits intermitentes o crónicos de financiamiento, combinados con otros factores de mercado, pueden producir una variedad de situaciones que afecten

negativamente el acceso; entre ellos, las infraestructuras inadecuadas o anticuadas del sistema de salud (las instalaciones, la tecnología, los equipos, los tratamientos). Por ejemplo, el número de camas de hospital está disminuyendo en las economías en transición de Europa Central y Oriental (incluyendo Rusia y Ucrania), Europa Occidental, América del Norte, Asia y Australasia (Figura 3), impulsadas por las depresiones económicas regionales, la atención a la salud, los cierres y las consolidaciones de los hospitales y las presiones de los precios atribuidas, en parte, a la adopción de mecanismos de pago basados en valores para los procedimientos clínicos. Algunos sistemas de salud—entre ellos México y Australia—están haciendo un mayor uso de las **asociaciones público-privadas** (PPP por sus siglas en inglés) para remediar la falta de

infraestructura de salud. La mayoría de los nuevos proyectos de financiamiento de capital en Australia son PPP. Los ejemplos incluyen el recientemente terminado hospital Fiona Stanley en Perth, que cuenta con Serco para proporcionar todos los servicios no clínicos, y el Northern Beaches Hospital en Nueva Gales del Sur (NSW, por sus siglas en inglés), que es operado por un operador privado del hospital (Healthscope), pero financiado por el gobierno de NSW para pacientes públicos. También existe un creciente apetito por formar organizaciones no gubernamentales (ONGs) y consorcios del sector privado para responder a proyectos basados en la población/resultados, en particular la gestión de enfermedades crónicas o el cuidado de los ancianos. Por el contrario, el Reino Unido puede estarse alejando de las PPP. El Reino Unido fue uno de los primeros en adoptar las PPP (también conocido como iniciativas de financiamiento privado o PFI (por sus siglas en inglés) para el cuidado de la salud, presentándolas en 1991<sup>28</sup>. Sin embargo, los acontecimientos recientes—es decir, la reducción del financiamiento del NHS en un momento de creciente demanda—han limitado el apetito de las partes interesadas en nuevas colaboraciones público-privadas en el sector de la salud. De hecho, los costos de la PFI han resultado ser prohibitivos para varios hospitales del Reino Unido. La falta de médicos clínicos—en especial, médicos generales y especialistas—para diagnosticar y tratar la enfermedad de manera adecuada, también limita el acceso del paciente a la atención. El shock causado por la crisis de los refugiados, el movimiento constante de personas a gran escala (por ejemplo, de los países no desarrollados a los países desarrollados, de zonas rurales a las urbanas) y el manejo de enfermedades de rápido movimiento (por ejemplo, el Ébola y el Zika) están agotando los sistemas de salud y de servicio social e impulsando la demanda de más profesionales de la salud en todo el mundo. Sin embargo, una comparación de los índices médico/población para el 2010 y el 2020 muestra disparidades regionales considerables.

Figura 3: Disminución del número de camas de hospital



Fuente: Base de datos EIU, consultada el 10 de agosto de 2016

La escasez de mano de obra se agrava por el incremento de los costos laborales que, junto con los precios de las medicinas, los pacientes con padecimientos más agudos y las necesidades de infraestructura, son factores clave del crecimiento de los costos hospitalarios<sup>29</sup>. Los problemas laborales pueden verse en las economías desarrolladas y emergentes, y frecuentemente involucran identificar y asegurar la combinación adecuada de especialistas, atención primaria y profesionales de nivel medio.

- Tanto el NHS como los sectores de asistencia social del Reino Unido han estado experimentando problemas en la contratación y retención de personal permanente. En el 2014, hubo un déficit del 5.9% (equivalentes de alrededor de 50 mil equivalentes a tiempos completos) entre el número de funcionarios que los proveedores de servicios de salud dicen necesitar y el número que está siendo empleado, con lagunas particulares en enfermeras, parteras y visitantes de salud<sup>30</sup>. El Brexit probablemente dará lugar a impactos negativos en una fuerza de trabajo del cuidado de la salud ya limitada, con los ciudadanos de la UE representando a 55 mil de los 1.3 millones de empleados del NHS. Es probable que la ambigüedad sobre la política futura de inmigración reduzca la capacidad de los sectores de salud y asistencia social del Reino Unido para atraer y retener a los talentos de la UE a corto plazo y muchos comentaristas están solicitando al gobierno que aclare cuáles serán los acuerdos de salud y sociales de la UE para el personal de salud y de cuidado.
- Japón tiene una menor proporción médico-población si se compara con otros países desarrollados, con dos médicos por cada 1,000 personas (2012). El gobierno se comprometió a capacitar a otros "250,000 trabajadores de atención para principios de los años 2020" para satisfacer la demanda de cuidado de los ancianos<sup>31</sup>.
- Los médicos en China siguen vinculados a los hospitales públicos y se centran en mantener su rango profesional dentro del sistema público, a pesar de las iniciativas que les permiten practicar en múltiples sitios. Por

lo tanto, los hospitales privados/extranjeros enfrentan el obstáculo de reclutar médicos de buena reputación para atraer olas de pacientes

Algunos países están tratando de mitigar los problemas de acceso a través de **dobles de atención de salud pública y privada**, con diferentes grados de éxito. En el Sudeste Asiático hay una brecha cada vez mayor entre el hospital de vanguardia y la infraestructura para el tratamiento en instituciones privadas que prestan servicios al turismo médico y las personas acomodadas, así como la infraestructura pública básica para la población local. Desafortunadamente, la atención médica privada es inasequible para la mayoría de los consumidores de la región y la adopción del seguro médico privado sigue siendo lenta. La situación difiere en China. Los hospitales públicos proporcionan el 90 % de los servicios de atención a la salud del país y mantienen una fuerte reserva de talento y de recursos médicos. Sin embargo, a través de una ola de políticas favorables, una fuerte demanda y una afluencia de capital privado, los hospitales privados están mejorando la gestión de los procesos, los recursos humanos, así como de los equipos y suministros médicos, construyendo, de esta forma, su reputación y alcance de servicio. Mientras tanto, el gobierno, bajo la presión del rápido incremento de los gastos médicos, está fomentando el seguro médico privado como un suplemento al régimen público. Permitir el establecimiento de hospitales privados debe estimular el desarrollo de seguros privados.

Un número cada vez mayor de sistemas de salud públicos y privados están adoptando (y de manera importante, financiando) **los servicios virtuales de asistencia en línea**, la telesalud, la salud móvil (mHealth), dispositivos de monitoreo de pacientes portátiles e implantables y otros adelantos para ayudar a salvar la atención, especialmente en zonas remotas. RingMD es un ejemplo. Esta innovadora plataforma en línea permite a los pacientes conectarse con médicos calificados por video o teléfono desde cualquier parte del mundo. Los pacientes que utilizan la plataforma RingMD pueden programar una consulta a un precio asequible en sólo unos minutos<sup>32</sup>.

El cuidado de la salud basado en la tecnología puede ser un salvavidas literal en regiones geográficas con poblaciones rurales dispersas, como África y el Sudeste Asiático. La práctica también está ganando terreno en países desarrollados como Australia y el Reino Unido. Australia ya ha introducido servicios de telesalud y telemedicina y existe un creciente apetito para considerar el uso de la robótica, la automatización y la inteligencia cognitiva/artificial (AI, por sus siglas en inglés) en entornos clínicos. En el Reino Unido, el director ejecutivo de NHS Inglaterra ha indicado públicamente que la atención médica virtual tiene un futuro fuerte en el Reino Unido y en agosto del 2016 anunció un nuevo fondo de financiamiento de 100 millones de libras para ayudar a los fondos fiduciarios seleccionados del NHS a convertirse en centros de excelencia digital mundial (CODE, por sus siglas en inglés). Este anuncio de apoyo al financiamiento sigue a otros anuncios recientes de NHS Inglaterra que indican que la tecnología que permite a los pacientes administrar su propia salud es la clave para mejorar la atención, promover la eficiencia y reducir los costos en todo el NHS<sup>33</sup>.

### **Agregando determinantes sociales a la ecuación del cuidado**

Existe un creciente reconocimiento entre los gobiernos, los contribuyentes y los proveedores de que, para mejorar el manejo de la salud de la población y frenar los crecientes costos, el sector necesita agregar los determinantes sociales de la salud y del bienestar a la ecuación del cuidado. Los científicos saben desde hace tiempo que los determinantes sociales, las condiciones en las que las personas viven y trabajan, pueden influir directa e indirectamente en la salud física y del comportamiento<sup>34</sup>. Entre estos influyentes se encuentran el ingreso, la educación, las condiciones de vida y de trabajo, disponibilidad de transporte, traumas de la infancia (ver barra lateral) y factores del medio ambiente (Por ejemplo, pintura con plomo, aire y agua contaminados, falta de espacios para la actividad física). En general, las personas con un bajo nivel socioeconómico tienen mayor exposición a condiciones que comprometen la salud<sup>35</sup>. Sin embargo, existen núcleos de financiamiento y la comunicación y la colaboración entre las agencias de

servicios sociales, los proveedores de la atención primaria y de la salud conductual suele ser limitada, inconexa o ausente, que puede obstaculizar la calidad de la atención y aumentar los costos<sup>36</sup>.

Los modelos de atención colaborativa que abordan la salud mental y conductual o los programas que abordan los determinantes sociales han generado, de forma independiente, resultados mejorados para los pacientes y han reducido los costos. Sin embargo, estos tres factores están inextricablemente ligados, la combinación de los determinantes sociales con modelos colaborativos en un programa de atención plenamente integrado puede mejorar aún más los resultados y proporcionar los ahorros en los costos que buscan las partes interesadas<sup>42</sup>. Sin embargo, la implementación de programas integrados de atención integral enfrenta barreras tanto financieras como organizacionales<sup>43</sup>. Además de la falta de incentivos financieros para abordar los determinantes sociales, ciertas actividades relacionadas con la atención integrada, como las consultas entre proveedores y las visitas realizadas fuera del consultorio de un médico (incluyendo la teleasistencia y las consultas en línea), a menudo no se reembolsan según los modelos de pago tradicionales de FFS. Las limitaciones estructurales, de comunicación y de gestión de la información también disminuyen la eficacia de un modelo integrado de atención<sup>44</sup>.

## Innovación

El avance de la innovación en el sector de la atención a la salud es un imperativo clínico y de costos. La cirugía robótica, la impresión 3D, los dispositivos implantables y otras innovaciones tecnológicas y de tecnología digital que apuntan a la prevención, el monitoreo y el tratamiento ya están mostrando potencial para mejorar los resultados y reducir los costos. Además, los nuevos enfoques de I + D y el gran uso de datos y análisis están creando oportunidades para la innovación, pero los interesados se ven obligados a hacerlo mientras están bajo presión para reducir costos. (Vea la barra lateral.)

## El estudio ACE vincula el trauma infantil con la enfermedad crónica

El Centro para el Control de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC) y el Estudio para la Prevención de Experiencias Adversas Infantiles Kaiser Permanente (ACE-study)<sup>37</sup> ha identificado un fuerte vínculo entre el trauma infantil y las enfermedades crónicas que las personas desarrollan como adultos, así como la depresión, la violencia, ser víctimas de violencia y el suicidio. El estudio ACE es una de las mayores investigaciones de la conexión entre el abuso y el abandono infantil y la salud y el bienestar más tarde en la vida<sup>38</sup>. Los resultados del estudio han demostrado que:

- El trauma infantil era muy común, incluso en personas empleadas, blancas, de clase media, con educación universitaria y con un excelente seguro médico
- Hubo un vínculo directo entre el trauma de la infancia y la aparición en adultos de enfermedades crónicas—padecimientos cardíacos, cáncer de pulmón, diabetes y muchas enfermedades autoinmunes, entre ellas—, así como la depresión, el suicidio, ser violentos y víctimas de la violencia

- Más tipos de trauma aumentaron el riesgo de los problemas de salud, sociales y emocionales
- La gente suele experimentar más de un tipo de trauma, rara vez es sólo abuso sexual o sólo abuso verbal

Se miden diez tipos de trauma de la infancia en el estudio ACE: cinco son personales y cinco están relacionados con otros miembros de la familia. Cada tipo de trauma cuenta como un caso. Dos tercios de las 17 mil personas en el estudio ACE tenían una puntuación ACE de al menos una, el 87 % de ellas tenían más de una. Por ejemplo, una persona que ha sido abusada físicamente, con un padre alcohólico y una madre golpeada tiene una puntuación ACE de tres<sup>39</sup>. A medida que el número de ACEs aumenta, también aumenta el riesgo de estos resultados.

Las amplias consecuencias negativas de las ACEs destacan la importancia de prevenir los traumas infantiles antes de que sucedan. Los CDCs del marco de los Fundamentos para la Infancia proponen estrategias que las comunidades pueden considerar para promover relaciones y entornos seguros y estables para todos los niños<sup>40</sup>. Los Fundamentos para la Infancia pueden tener un impacto positivo en una amplia gama de problemas de salud y en el desarrollo de habilidades que ayudarán a los niños a alcanzar su potencial pleno<sup>41</sup>.

### Caso de estudio: Abordando los determinantes sociales

El programa Conectando a la Atención en Saskatchewan, Canadá, ha mostrado resultados prometedores en el control de costos y la mejoría en los resultados de salud, ayudando a los pacientes de una manera que se va más allá de la simple receta tradicional y la visita al consultorio. Conectado a la Atención se basa en el enfoque de "Hotspotting", que explota los datos administrativos para identificar el subgrupo de pacientes que representan una proporción desigual de la utilización de los servicios del cuidado de la salud y los costos<sup>45</sup>. El programa utiliza el acercamiento proactivo de prevenir las

hospitalizaciones y las visitas a las salas de urgencias centrándose en el uso oportuno de los servicios comunitarios, incluido el apoyo a los tratamientos médicos, de salud mental y de adicción, así como la asistencia a las necesidades sociales<sup>46</sup>. Aunque las dos evaluaciones formales de los pilotos no están todavía disponibles públicamente, se ha observado una reducción en las consultas de urgencias y hospitalizaciones. Los días de internación de un paciente en el hospital se redujeron en un 84 % (de 120 días el año anterior, a 20); cada día pasado fuera del hospital *versus* dentro de él, ahorró un promedio de \$1,400 dólares canadienses.<sup>47</sup>

Para ser un verdadero cambio radical, la innovación debe comenzar tan pronto como sea posible en el proceso de I + D y en nuevos enfoques, incluyendo **la medicina traslacional**, que están ayudando a hacer

que eso suceda. Un enfoque traslacional de la I + D conecta los pasos tradicionalmente discretos de descubrimiento, desarrollo y entrega para facilitar un ciclo continuo de mejora de procesos y acelerar el tiempo de

comercialización<sup>48</sup>. Las grandes farmacéuticas y otras compañías de las ciencias de la vida están usando la medicina traslacional para desarrollar terapias novedosas para el cáncer y las enfermedades crónicas, concentrándose

## Las top 10 innovaciones para lograr más por menos en el cuidado de la salud

El cuidado de la salud es una industria que necesita innovación. Los gobiernos, los planes de salud, los proveedores y las empresas de las ciencias de la vida se enfrentan con un incremento de los costos, así como también a resultados inconsistentes en su búsqueda del triple objetivo: mejorar la atención, mejorar la salud y reducir el gasto. Deloitte encuestó a los líderes de todo el sistema del cuidado de la salud para identificar las innovaciones que creen que son las que más probablemente transformen el cuidado de la salud. A continuación, se redujo la lista a las top 10 mediante la aplicación de la siguiente definición:

**Innovación:** Cualquier combinación de actividades o tecnologías que rompan el intercambio del rendimiento existente en el logro de un resultado, de una manera que amplíe el ámbito de lo posible. Definido en el cuidado de la salud como proporcionar "más por menos" –más valor, mejores resultados, mayor comodidad, acceso y sencillez; todo a un menor costo, complejidad y el tiempo requerido por el paciente y el proveedor, de manera tal que expanda lo que es actualmente posible.

La incorporación de estas top 10 innovaciones en los modelos de negocio requiere cambiar la forma en que las organizaciones de atención médica previenen, diagnostican, monitorean y tratan las enfermedades. Sin embargo, la industria necesita romper las restricciones actuales y ampliar la frontera para lograr un verdadero avance.

- **Secuenciación de próxima generación (NGS por sus siglas en inglés):** los avances en la secuenciación genética podrían llevar al desarrollo de pruebas diagnósticas que podrían identificar

poblaciones en riesgo donde las intervenciones tempranas podrían ahorrar costos en el cuidado de la salud a la baja. Las pruebas diagnósticas también pueden ayudar a los clínicos a dirigir medicamentos específicos a los pacientes que probablemente responderán bien a ellos, reduciendo o eliminando el uso de tratamientos ineficaces.

- **Dispositivos impresos en 3D:** los fabricantes y los proveedores pueden utilizar la impresión 3D para crear productos de tecnología médica altamente personalizados y de bajo costo que pueden adaptarse a las necesidades fisiológicas de los pacientes individuales
- **Inmunoterapia:** las inmunoterapias, las clases de medicamentos que fortalecen la capacidad del cuerpo para generar una respuesta inmune, tienen el potencial de extender significativamente la supervivencia de los pacientes de cáncer, sin los efectos secundarios negativos y los costos asociados de la quimioterapia tradicional.
- **Inteligencia Artificial (AI, por sus siglas en inglés):** la capacidad de las computadoras para pensar como seres humanos, se anticipa a transformar el cuidado de la salud mediante la realización de tareas ejecutadas actualmente por los seres humanos, con mayor rapidez y precisión, utilizando menos recursos.
- **Diagnóstico del punto de atención (POC, por sus siglas en inglés):** los diagnósticos de POC permiten realizar pruebas convenientes y oportunas en el punto de atención (por ejemplo, el consultorio del médico, la ambulancia, el hogar u hospital), teniendo como resultado un cuidado más rápido, más cohesivo y menos costoso.
- **Realidad virtual (VR, por sus siglas en inglés):** la realidad virtual puede involucrar a los pacientes en experiencias sensoriales de bajo riesgo, generadas artificialmente, que podrían acelerar el cambio de

comportamiento de una manera más segura, más conveniente y más accesible para el consumidor.

- **Aprovechando los medios de redes sociales para mejorar la experiencia del paciente:** las redes sociales ofrecen a las organizaciones del cuidado de la salud una fuente de datos potencialmente rica para llevar a cabo un seguimiento eficiente de las experiencias de los consumidores y de las tendencias de la salud de la población en tiempo real, de manera mucho más eficiente que los acercamientos actuales. Las organizaciones tienen la capacidad de rastrear la experiencia del consumidor y las tendencias de salud de la población en tiempo real
- **Biosensores y rastreadores:** los biosensores incluidos en los dispositivos portátiles y los dispositivos médicos que cada vez son más pequeños, permiten a los consumidores y a los médicos monitorear y rastrear más aspectos de la salud de los pacientes, permitiendo una intervención temprana e incluso una prevención en una forma que es mucho menos intrusiva para la vida de los pacientes.
- **Cuidado conveniente:** las clínicas detallistas y los centros de atención de urgencia brindan atención más conveniente y atención de bajo costo a los pacientes para una serie de problemas de salud.
- **Telesalud:** la telesalud ofrece una forma más conveniente para que los consumidores accedan a la atención, mientras que potencialmente reduce las visitas al consultorio y el tiempo de viaje. Este modelo de cuidado conveniente tiene el potencial de aumentar el autocuidado y prevenir las complicaciones y las visitas a urgencias.

Fuente: *Las top 10 innovaciones en el cuidado de la salud: logrando más por menos*, Centro Deloitte para Soluciones de la Salud, 2016

en la secuenciación de genes, desbloqueando el potencial de las nano partículas y evaluando los biomarcadores.

**La medicina de precisión** ofrece el potencial para el uso de terapias más dirigidas, a pacientes que responden positivamente, para mejorar los resultados y reducir los eventos adversos. Cuando se combina con un diagnóstico complementario (un dispositivo de diagnóstico *in vitro* o una herramienta de imagen que proporciona información esencial para el uso seguro y eficaz de un producto terapéutico correspondiente<sup>49</sup>), las terapias dirigidas pueden ayudar a que los médicos seleccionen un tratamiento óptimo la primera vez, evitando la costosa y arriesgada práctica de la prescripción de ensayo y error<sup>50</sup>. Los **medicamentos especializados** son otra innovación clínica, cuando se usan con **biomarcadores** para apuntar a las subpoblaciones, dichos medicamentos podrían mejorar los resultados, reducir los costos de tratamiento e incluso prevenir la enfermedad<sup>51,52</sup>.

Un informe reciente del Centro Tufts para el Estudio del Desarrollo de Medicamentos muestra que la inversión en medicina de precisión casi se ha duplicado en los últimos cinco años<sup>53</sup>. Un ejemplo de ello es la iniciativa Medicina de Precisión de los Estados Unidos, que se centra en la construcción de una gran cohorte de investigación para estudios longitudinales y asegurar que las regulaciones son apropiadas para facilitar el intercambio de datos de pacientes entre instituciones y agencias. El objetivo del programa es conseguir tratamientos más específicos para una variedad de enfermedades a los pacientes de manera más rápida<sup>54</sup>. Sin embargo, a pesar del crecimiento general de la inversión, los tratamientos específicos todavía tienen que pasar por el riguroso y costoso proceso de I + D. Y debido a que los tratamientos sólo pueden ser utilizados para un pequeño subconjunto de pacientes, el retorno de la inversión es potencialmente reducido. Es a pesar de y debido a estos desafíos que la cantidad de movimiento alrededor de la medicina de precisión se está reuniendo como nunca antes<sup>55</sup>.

**Los nuevos mecanismos de aplicación del tratamiento** pueden ayudar a mejorar la eficacia de la medicación y la adherencia del

paciente. Por ejemplo, a medida que aumenta el número de personas que viven con una o más enfermedades crónicas, también lo ha hecho el número de regímenes diarios complicados de medicamentos necesarios para manejar y tratar estas enfermedades. Desafortunadamente, muchos pacientes no toman sus medicamentos de acuerdo con el horario<sup>56</sup>. Con el costo de la no adherencia estimado en casi \$500 mil millones de dólares en todo el mundo –incluyendo los costos de hospitalizaciones evitables, las admisiones en las casas para ancianos y las muertes prematuras–, las soluciones innovadoras son esenciales para contrarrestar los resultados adversos de salud evitables que impulsan el gasto en salud<sup>57</sup>.

Como se mencionó con anterioridad, el incremento de la adopción y el reembolso de las soluciones de **atención a las saludas digitales y tecnológicas** pueden ayudar a mitigar los desafíos del acceso a la atención. Además, la tecnología de cuidado puede ayudar a los proveedores y a los consumidores

#### Caso de estudio: Polypill mejora la adherencia al tratamiento

La combinación de medicamentos, comúnmente prescritos, juntos en una sola píldora –un polypill– ayuda a los pacientes a adherirse a los regímenes de tratamiento prescritos<sup>58</sup>. En algunos países europeos y latinoamericanos se está utilizando un polypill cardiovascular. El polypill incluye una combinación de dosis fija de un anticoagulante (aspirina), un medicamento reductor del colesterol (simvastatina) y un inhibidor de la enzima convertidora de la angiotensina que trabaja para estabilizar las paredes de los vasos y la presión arterial (ramipril)<sup>59</sup>. El costo de esta píldora es bajo: entre \$14 Y \$18 dólares al mes en América Latina<sup>60</sup>. Un ensayo en Argentina, Paraguay, Italia y España demostró que el polypill dio como resultado un 66 % de adherencia al régimen de tratamiento, una mejora del 10 % en los pacientes que tomaron los tres medicamentos por separado. Los usuarios de polypill experimentaron mejorías en la presión arterial y el manejo del colesterol<sup>61</sup>.

a mejorar la gestión de la enfermedad y a mejorar la experiencia del paciente. Según la *Encuesta Deloitte 2016 de Consumidores de Cuidado de Salud de los Estados Unidos*, el interés de los encuestados en y el uso de tecnologías para propósitos de salud y condición física están creciendo:

- El 58 % de los usuarios de medicamentos recetados reportan volver a surtir las recetas usando una aplicación de salud móvil.
- El 40 % de los cuidadores encuestados dicen que probablemente usarán sensores para el rastreo de localización y detección de caídas.
- El interés del consumidor en el uso de la telemedicina oscila entre el treinta y dos % para las lesiones menores al 49 % para los cuidados posquirúrgicos.
- De importancia para los proveedores de la solución de la tecnología, los consumidores tienen algunas preocupaciones sobre el uso de la monitorización remota del paciente y de la telemedicina, específicamente que la atención fuera de menor calidad que si vieran a un proveedor en persona y que su información de salud personal podría ser filtrada.
- Los consumidores también expresan interés en el uso de la robótica y de los drones para futuros escenarios de salud, como la asistencia médica para enfermedades crónicas (40 %), asistencia para el diagnóstico de enfermedades (40%), entrega de muestras de laboratorio (38%), mantenimiento en el hogar (cuidador) (35%) y reemplazo del diagnóstico de la enfermedad (32%)<sup>62</sup>.

La digitalización de la atención médica, la recolección y el intercambio electrónico de datos biológicos y clínicos vitales entre empresas de las ciencias de la vida, proveedores, planes de salud y pacientes pueden mejorar la I + D, la fabricación, la distribución, la adopción y el uso de medicamentos y dispositivos. Los ejemplos incluyen datos a nivel de pacientes para impulsar el descubrimiento de nuevos medicamentos; el uso de registros médicos electrónicos (EMR, por sus siglas en inglés) para establecer la señal de seguridad de un medicamento cuestionable<sup>63</sup>, y dispositivos portátiles e implantables para recolectar

y transmitir información del paciente para monitorear la adherencia al régimen de tratamiento. Para obtener el máximo valor de las nuevas capacidades digitales, los sistemas de salud tendrán que integrarlos en los procesos y sistemas centrales en lugar de utilizarlos como los complementos de siempre.

Es importante señalar que mientras la adopción de la tecnología digital y la tecnología del cuidado está aumentando, muchos sistemas de salud están todavía en el primer peldaño digital, por ejemplo, no necesariamente cuentan con cobertura de computadoras en la atención primaria o secundaria y todavía están trabajando llevando registros en papel. El financiamiento y las cuestiones relacionadas con la capacitación de los empleados pueden seguir ejerciendo una presión a la baja sobre la adopción y el uso generalizados.

La combinación de **datos y la analítica** se está promocionando como la clave que falta para desbloquear las nuevas fuentes de valor de la salud<sup>64</sup> y la innovación. Se prevé que los gastos hospitalarios en analítica alcancen los \$18.7 mil millones en el 2020, frente a los \$5.8 mil millones de dólares en el 2015, ya que los hospitales se centran en la calidad y la reducción de los costos<sup>65</sup>.

Las técnicas sofisticadas del intercambio de datos, procesamiento y análisis pueden apoyar el desarrollo de los medicamentos personalizados y aumentar la velocidad de comercialización de nuevos medicamentos y dispositivos. La integración y el análisis de nuevos tipos y fuentes de datos también pueden utilizarse para informar sobre la gestión del rendimiento de los servicios encargados y para flexibilizar los pagos de arriba a abajo (incluidos los incentivos) de acuerdo con el desempeño del proveedor<sup>66</sup>. A medida en que se obtienen más datos de las fuentes de atención conexas, la analítica será capaz de ayudar a detectar los patrones ocultos en la información y aportar ideas útiles que probablemente desempeñen un papel importante ayudando a los sistemas de salud a mejorar los costos y la calidad<sup>67</sup>.

Es probable que el valor real y percibido de la digitalización del cuidado de la salud genere

mayor supervisión de su uso. Por ejemplo, en junio del 2016, el Consejo de Estado de China emitió directrices para promover y regular las grandes aplicaciones de datos en la prestación de servicios de salud. Las directrices también tienen como objetivo promover el intercambio del sistema de información de salud del gobierno y los datos médicos públicos mediante el establecimiento de una base de datos basada en EMRs y recetas.

### Operaciones

Es probable que tanto los sistemas de salud públicos como los privados deban implementar nuevos modelos de negocios y operativos clínicos para proporcionar atención escalable, eficiente y de alta calidad, y para reducir los desechos, los despidos y los costos que amenazan la sostenibilidad del sistema. Entre los ingredientes clave para las operaciones productivas del cuidado de la salud se encuentran los procesos seguros, estandarizados y basados en evidencia que permiten proporcionar intervenciones de salud a quienes las necesitan, cuando y donde sea necesario, con un mínimo de desperdicio de recursos; una fuerza de trabajo competente y bien capacitada que funcione en equipos adecuadamente dimensionados y equilibrados, proporcionando atención segura, responsable, justa y eficiente; así como el uso eficaz de tecnologías innovadoras para contener los costos, aumentar el desempeño del personal y mejorar la comodidad y la seguridad de los pacientes y el personal<sup>68</sup>.

Tres tendencias sectoriales –consolidación vertical y horizontal, perturbaciones del mercado y compromiso de los pacientes– son indicativos de que los sistemas de salud se centran cada vez más en la transformación operativa para compensar los persistentes desafíos clínicos y financieros.

### Consolidación vertical y horizontal

Menos hospitales y prácticas de médicos independientes están optando por "irse por la libre" en la batalla contra la creciente competencia y la drástica escalada de los costos, optando por fusionarse y formar grandes sistemas de salud o cadenas que pueden aprovechar las economías de escala y el servicio más amplio para hacer frente a

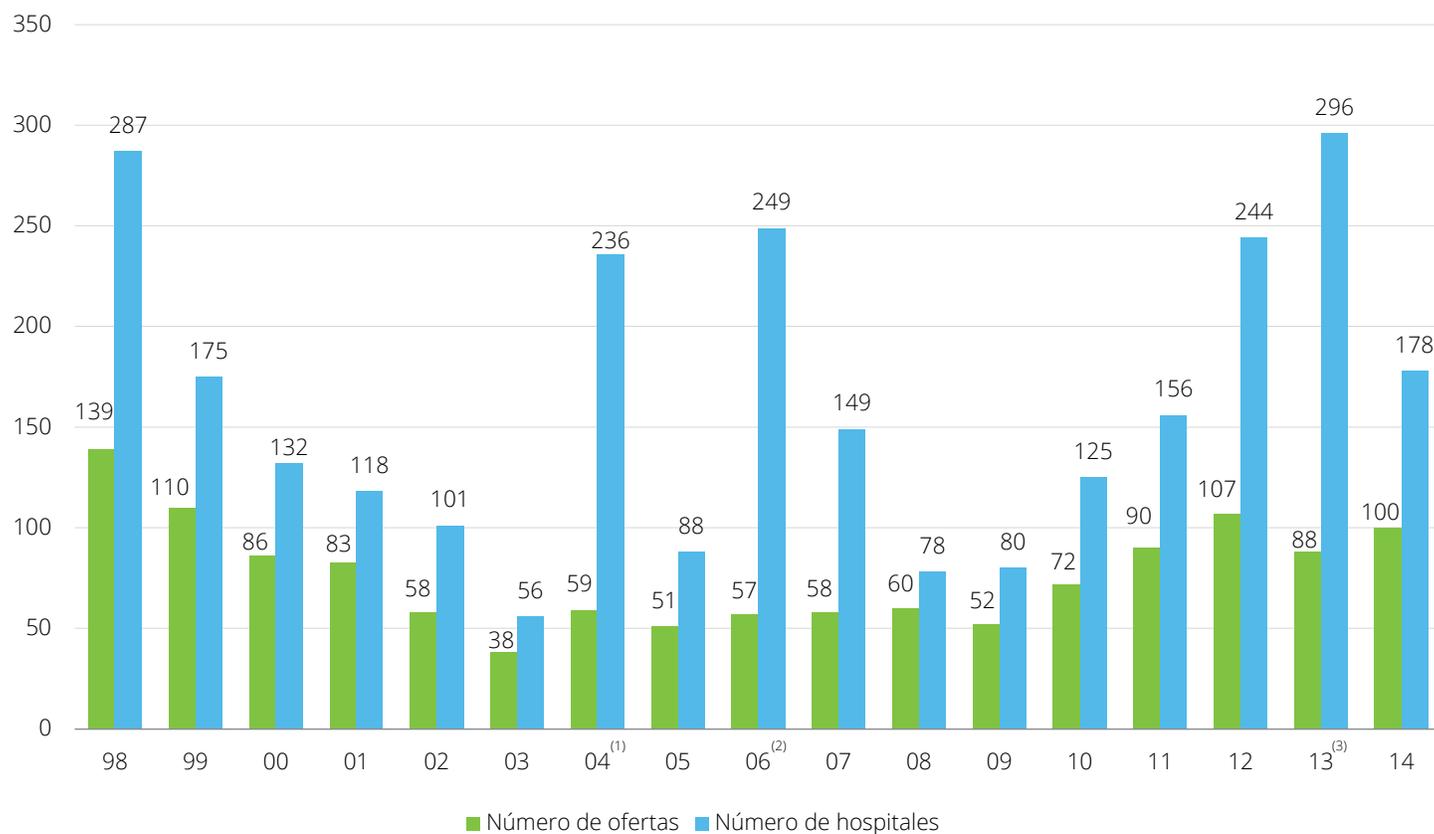
las presiones crecientes del aumento clínico, financiero y regulador. Esta tendencia continua de "más grande es mejor" es evidente en el número de fusiones y adquisiciones de hospitales anunciadas en los Estados Unidos desde 1998 (Figura 4, página siguiente). Los hospitales públicos de Dinamarca están en medio de un proceso de consolidación, apoyado por una serie de proyectos de construcción, lo que llevará a menos hospitales de cuidados agudos. En el Reino Unido, la devolución ha permitido la integración vertical entre los proveedores de la región de Greater Manchester. La Organización de Atención Integrada de Salford (ICO, por sus siglas en inglés), que tiene como objetivo integrar la atención primaria, la atención aguda y la provisión de atención social, se puso en marcha en julio del 2016 y se está moviendo hacia la implementación en el 2017<sup>69</sup>.

### Fusiones y adquisiciones hospitalarias anunciadas, 1998-2014

También existe un creciente apetito entre los proveedores de atención a la salud en los Estados Unidos, Dinamarca, el Reino Unido y otros países para la consolidación horizontal o consolidación en el sistema. Los proveedores están desarrollando centros de servicios compartidos destinados a consolidar las funciones de back-office con el fin de lograr ahorros de costos y reducir la carga administrativa. En el Reino Unido, un informe publicado por NHS Improvement estimó que la consolidación de servicios entre los proveedores de hospitales puede contribuir, en algunos casos, a el ahorro de costos operativos del 12 al 14% (comparado con entre 1 al 2.5% sin consolidación) a través de la estandarización e integración de los procesos de trabajo, las funciones de soporte, proveedores e inversiones. El informe del NHS estimó que la consolidación de las funciones de apoyo corporativo y clínico por sí sola puede dar lugar a un ahorro de costos del 1 al 3% de la facturación, en un plazo de 6 a 12 meses.<sup>71</sup>

En los Estados Unidos y en otros lugares, los planes de salud también se están "desfragmentando" mediante fusiones y adquisiciones (M&A, por sus siglas en inglés) y relaciones de colaboración con proveedores para crear poderosas redes

Figura 4: Tendencias de M&A en hospitales de los EE.UU.<sup>70</sup>



Fuente: Irving Levin Associates, Inc. (2015). *The Health Care Services Acquisition Report*. [Informe de Adquisición de Servicios de Salud]. 21a edición.

1) En el 2004, la privatización de Select Medical Corp, un operador de hospitales de cuidados a largo plazo y agudos, y la diversificación de hospitales de Tenet Healthcare Corporation, ayudó a aumentar el número de hospitales afectados.

2) En el 2006, la privatización del Hospital Corporation of America Inc. afectó a 176 hospitales de cuidados intensivos. La adquisición fue la mayor transacción de atención médica anunciada, hasta ese momento.

3) En el 2013, la consolidación de varios sistemas de propiedad de inversionistas tuvo como resultado que un gran número de hospitales se involucraran en actividades de adquisición.

de intercambio de datos que ayudan a impulsar la integración a través del cuidado continuo<sup>72</sup>.

Las empresas conjuntas y otros acuerdos de colaboración también están en ascenso. El gobierno de Japón ha establecido medidas para promover la colaboración entre las instalaciones médicas que les permite compartir médicos y camas de hospital y aumentar el poder adquisitivo. En China, la reforma médica en curso está llevando a los hospitales a crear alianzas y asociaciones para obtener eficiencias operativas y ahorros de costos. Tales arreglos mejoran el poder de negociación de los participantes hacia arriba y hacia abajo, permiten la expansión del mercado mediante referencias bidireccionales y amplían la base de los médicos clínicos disponibles para consultas y otros servicios. Sin embargo, muchas alianzas de atención a la salud luchan con la integración técnica y el intercambio de información y dependen de incentivos mal estructurados que impiden la sostenibilidad a largo plazo.

### Disruptores del mercado

El surgimiento de los servicios de salud no tradicionales y de los proveedores de tecnología de los sectores detallistas, de alta tecnología, de telecomunicaciones y de productos de consumo e industriales (C&IP, por sus siglas en inglés) está perturbando el mercado de la atención a la salud. El impacto potencial de estos innovadores podría transformar la forma en la que las organizaciones establecidas previenen, diagnostican, monitorean y tratan las enfermedades. Entre los notables desarrollos de los disruptores, tanto grandes como pequeños, se encuentran:

- Las clínicas detallistas y los centros de atención de urgencia proporcionan a los pacientes una atención a la salud más conveniente y de menor costo que los consultorios médicos tradicionales y las clínicas. Típicamente ubicados dentro de centros comerciales u otros espacios públicos, estos sitios de cuidado alternativo

ofrecen horarios prolongados, más ubicaciones y tiempos de espera más cortos. El uso de los asistentes médicos, enfermeras y farmacéuticos, bajo la supervisión de los médicos, reduce los costos. A medida en que las clínicas detallistas expanden sus servicios para incluir áreas tales como la gestión de cuidados crónicos, orientación educativa y conductual, coordinación de atención y centros de infusión, su impacto puede aumentar. Según el Centro de Soluciones de la Salud Deloitte, en su *Encuesta del 2015 a los Consumidores de Cuidado de la Salud de los Estados Unidos*, el 77% de los encuestados eligieron las clínicas detallistas por su conveniencia, el 72% por la rapidez en la obtención de una cita y el 60% para el cuidado fuera de los horarios normales<sup>73</sup>.

- Las empresas de tecnología están buscando la manera de llevar la tecnología blockchain más allá de su origen como el libro de contabilidad pública para las transacciones de criptoxicidad y reutilizarlo para impulsar la salud y la innovación de las ciencias de la vida, fortalecer la seguridad de los datos médicos y de productos, mejorar los procesos y los sistemas de back-office de los planes de salud y mejorar la experiencia del cliente de la atención médica<sup>74</sup>. Por ejemplo, en las aplicaciones de blockchain pueden proporcionar una mayor visibilidad y un mejor seguimiento de datos en varios puntos a lo largo de la cadena de suministro de dispositivos farmacéuticos y médicos, combatiendo el problema actual de los medicamentos falsificados<sup>75</sup>.

### Compromiso del paciente

Anticipar y satisfacer las expectativas clínicas, financieras y emocionales de los pacientes se han convertido en áreas principales de atención para los ejecutivos del sistema de salud que enfrentan presiones de pago, un cambio de mercado hacia la atención centrada en el valor y centrada en el paciente. La mejoría de la experiencia del paciente se considera un potencial impulsor del desempeño

hospitalario, ya que puede fortalecer la lealtad del cliente, construir reputación y marca e impulsar la utilización de los servicios hospitalarios a través de mayores referencias de familiares y amigos<sup>77</sup>. Además, que la mejor experiencia del paciente se correlaciona con un menor riesgo de negligencia médica de los médicos<sup>78</sup> y menores tasas de rotación del personal<sup>79</sup>.

- ¿Cuáles son algunos de los principales impulsores de la experiencia del paciente en el cuidado de la salud? La *Encuesta del 2015 a los Consumidores de Cuidado de la Salud de los Estados Unidos* de Deloitte encontró que las medidas de participación del personal (como la calidad del personal, la comunicación y la capacidad de respuesta del personal y la facilidad de cita), entre otros, fueron los impulsores más importantes de la experiencia del paciente. Mejorar el ambiente de trabajo del personal del hospital y, en particular, de las enfermeras podría conducir a mejoras en la experiencia del paciente<sup>80</sup>.

El compromiso efectivo del paciente es fundamental para una experiencia positiva. El compromiso de los pacientes es la idea de que los pacientes y los cuidadores participan activamente y de manera colaborativa en las operaciones de cuidado—procesando la información, decidiendo qué tipos y fechas de tratamiento se ajustan mejor a sus vidas y actuando sobre sus decisiones. La participación de los pacientes es crucial para lograr un sistema de salud sostenible y rentable. Sin embargo, el compromiso efectivo depende de los conocimientos de salud y en que los consumidores tengan el conocimiento y la confianza apropiados para evaluar y navegar el sistema de atención a la salud<sup>81</sup>. Las soluciones de la tecnología de la información en salud (HIT, por sus siglas en inglés) y los resultados de la analítica, son auxiliares de compromiso importantes del paciente para mejorar la toma de decisiones, los comportamientos de salud, el autocuidado

y el cumplimiento del tratamiento. Otros elementos facilitadores potenciales de la activación y del compromiso del paciente incluyen:

- Una cultura organizacional que prioriza y apoya el compromiso del paciente
- Canales formales para involucrar a los pacientes en el diseño, manejo y logro de resultados positivos de salud
- Procesos para medir el progreso en el compromiso del paciente; por ejemplo, utilizando encuestas para recolectar retroalimentación incluyendo retroalimentación sobre las medidas de resultado informadas por el paciente (PROMs, por sus siglas en inglés)
- Apoyo entre pares, educación de autogestión, entrenamiento en salud y actividades en grupo para mejorar la salud y el bienestar
- Entrenamiento de la fuerza de trabajo en el uso de la medición de la activación del paciente y en la evaluación de los niveles de compromiso del paciente
- Inversiones en tecnología y servicios adecuados para empoderar a los pacientes para que se conviertan en colaboradores de su propio cuidado
- Habilidades de los empleados en el uso de la tecnología interactiva y los métodos de entrega automática de información para brindar a los pacientes un mayor sentido de control sobre su atención, sin que se sientan abrumados por demasiada información<sup>82</sup>.

### Cumplimiento normativo

El cuidado de la salud es uno de los ambientes más regulados del mundo. El principal impulsor es la salud y la seguridad del paciente, sin embargo, los enfoques de las autoridades para proteger a los pacientes pueden variar ampliamente: evaluar y regular la calidad de los profesionales de la salud, por ejemplo, es un proceso enormemente complicado que

difiere de un país a otro. A esta complejidad se le suman factores como los rápidos cambios clínicos y tecnológicos, el llamado para una mayor transparencia financiera y de rendimiento como parte de la adopción de los modelos de pago basados en los resultados; técnicas de supervisión del riesgo más

#### Caso de estudio: Atención centrada en el paciente

La iniciativa Ribera Salud de Valencia pone de manifiesto que la atención centrada en el paciente, potencialmente habilitada por las nuevas soluciones de tecnología de la información de salud (HIT), podría ayudar a mejorar los resultados de salud y a reducir los costos<sup>83</sup>. Puesta en marcha en el 1999, Ribera Salud es una empresa de atención integrada con una gestión orientada al paciente y a la salud de la población. El gobierno regional contrata a Ribera Salud como contratista privado para administrar y mantener servicios de atención primaria, aguda y especializada a cambio de un pago fijo de capitación anual. Ribera Salud utiliza un modelo clínico y empresarial estrechamente integrado, con una opción de consumo considerable, una cultura de gestión rigurosa que se adhiere a los altos estándares de calidad y consistencia, así como a un sistema de información de la salud, en red, compartido entre todos los proveedores de servicios. Dado que Ribera Salud es responsable del costo cuando los consumidores buscan atención fuera del sistema, los proveedores tienen fuertes incentivos para mantener los altos niveles de calidad clínica y de servicio al cliente. Varios estudios recientes encontraron que el costo promedio por paciente fue entre 23 y 38% menor en las áreas donde Ribera Salud opera en relación con otras regiones de España.<sup>84</sup>

sofisticadas, y la coordinación entre agencias y regiones. En el 2017, las organizaciones de todos los tamaños tendrán que continuar navegando y cumpliendo con un conjunto altamente complejo y cambiante de leyes y directrices globales, regionales, nacionales y específicas de la industria<sup>85</sup>. Las principales áreas de enfoque regulatorio incluyen:

#### Calidad clínica y seguridad

—La armonización global para la evaluación de la calidad, la seguridad y la eficacia de medicamentos y de los dispositivos médicos podría reducir sustancialmente los costos de I+D (que luego se transmiten a los contribuyentes), fomentar el intercambio de conocimientos y recursos que tendría como resultado menos pruebas clínicas. Por ejemplo, los Estándares de Datos<sup>86</sup> de la Identificación de Productos Medicinales (IDMP, por sus siglas en inglés) se están desarrollando e implementando por la Organización Internacional de Normalización (ISO, por sus siglas en inglés), por los reguladores, las asociaciones comerciales y otras partes interesadas, en respuesta a una demanda mundial para las especificaciones armonizadas internacionalmente para los productos medicinales. También ha habido cada vez más llamados para un mayor control y una estricta vigilancia de los dispositivos médicos a raíz del escándalo de los implantes mamarios PIP en Europa<sup>87</sup>, un retiro generalizado del reemplazo de cadera y otros incidentes que han puesto de relieve las debilidades normativas del sistema actual

- **Ciber seguridad** —El ciberrobo y el ciberspionaje siguen poniendo en peligro la información sensible de I + D y la de los pacientes, tanto como disminuyendo las ganancias del sector de las ciencias de la vida. Los mercados desarrollados, incluidos los Estados Unidos y el Reino Unido, han sufrido pérdidas económicas de más de \$279 mil millones de dólares

debido al delito cibernético<sup>88</sup>. Las medidas de seguridad cibernética, incluyendo los marcos de implementación, los programas integrados de administración de sistemas y las aplicaciones de parches de seguridad para identificar las brechas de datos, han fortalecido la capacidad de las empresas para responder a los incidentes cibernéticos, ya sean amenazas o reales. Sin embargo, la infraestructura de seguridad debe ser aún más robusta, ya que las ciencias de la vida y las empresas del cuidado de la salud experimentan un 340%<sup>59</sup> más incidentes de seguridad que la industria promedio<sup>89</sup>.

- **Medicamentos falsificados** —De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), 100 mil muertes anuales están vinculadas al tráfico de medicamentos falsos<sup>90</sup>. Los fabricantes y distribuidores legítimos de medicamentos deben invertir continuamente en contramedidas como el rastreo de los productos y las tecnologías de autenticación y poner en práctica salvaguardas a lo largo de toda la cadena de suministro, en particular en los centros de distribución, incluidos hospitales y farmacias.

- **Corrupción** —Las violaciones al cumplimiento, tales como los pagos de las compañías de ciencias de la vida a los médicos, continúan importunando al sector y llevando el riesgo de multas y, lo que es más importante, daños de reputación. Los Estados Unidos y China, entre otros países, continúan persiguiendo y procesando agresivamente la corrupción dentro de sus sistemas de atención a la salud



# Consideraciones de las partes interesadas

Sin excepción, los sistemas del cuidado de la salud de todo el mundo deberían seguir utilizando e implementando estrategias que puedan ayudar a mejorar los resultados ya mantenerse firmes en los costos<sup>91</sup>. Si bien no existe el "sistema de salud perfecto", hay ejemplos de buenos resultados en la mayoría de los países que pueden proporcionar aprendizajes valiosos para todos los interesados en el cuidado de la salud<sup>92</sup>.

**Costo** —Los proveedores que tienen dificultades para obtener mayores costos y eficiencias operacionales después de lo que les resulta más fácil, deben dirigir su atención a iniciativas más transformadoras para modificar la curva de costos. Esto significa superar las limitaciones de un modelo tradicional de prestación de cuidados; pasando de los pagos de FFS de larga data a los modelos financieros basados en los resultados y compartiendo los costos; pasando de los tratamientos médicos agudos y episódicos a la gestión proactiva y holística de la salud de la población, y a la transición de los procesos clínicos manuales y empresariales intensivos a las soluciones tecnológicas.

**Prestación de cuidado:** los desafíos actuales de la salud son complejos y están interrelacionados, por lo que los modelos de prestación de servicios que utilizan un enfoque multifacético, colaborativo y tecnológico tienen más probabilidades de dar resultados positivos. Por ejemplo, la atención integrada que se ocupa de las necesidades sociales, de comportamiento y físicas de los pacientes puede ayudar a mejorar los resultados y a reducir los costos, sin embargo, es probable que la implementación de un modelo de cuidado colaborativo genere retos organizacionales. Tanto para los proveedores como para los contribuyentes, puede que sea difícil superar la resistencia de los empleados a nuevos roles y procedimientos sin líderes fuertes para defender la integración y mejorar el HIT para permitir una adopción generalizada<sup>93</sup>. La mejoría en la y los incentivos del reembolso, pueden impulsar las tasas de adopción y de uso.

Las políticas públicas también pueden desempeñar un papel clave en el fomento y el mantenimiento de la colaboración entre sectores, así como en la creación de incentivos para que los diferentes sectores contribuyan lo que puedan a la causa de la mejora de la salud de la población<sup>94,95</sup>.

**Innovación** —Los líderes del cuidado de la salud deben considerar la construcción de ecosistemas que abarquen a los actores no tradicionales y las fuentes de conocimiento fuera de sus propias cuatro paredes. Las partes interesadas también deben considerar la posibilidad de construir pilotos antes de invertir a escala, aprender a aceptar el cambio y evaluar nuevas fuentes de ingresos. De manera adicional, los organismos deben esforzarse por ser ágiles en anticiparse y ajustar sus estrategias a medida en que las innovaciones continúan evolucionando<sup>96</sup>. Desde una perspectiva táctica, la incorporación de la atención médica digital y la analítica en la práctica diaria puede ayudar a racionalizar las vías de atención, reducir los costos, aumentar la satisfacción de los pacientes y mejorar la calidad. Por ejemplo, las soluciones tecnológicas como un polypil o una aplicación diseñada para ayudar a manejar una condición crónica tienen el potencial de mejorar la adherencia al tratamiento, particularmente si se implementan como parte de un modelo de prestación de servicios de salud de alto valor. Por último, las organizaciones del cuidado de la salud de todos los tamaños deben abarcar la innovación y la toma de riesgos calculada y dejar de esperar la solución "perfecta"—probar, aprender y evolucionar continuamente.

**Operaciones** —Las partes interesadas en el sector de las operaciones pueden y deben aprender de las trayectorias de otros, incluidos los de las industrias que no pertenecen al cuidado de la salud. Tal como las empresas comerciales, los proveedores y los planes de salud deben invertir en herramientas y procesos para comprender mejor su mercado objetivo y sus segmentos de clientes y mejorar la experiencia del paciente para involucrarse,

de manera más efectiva, con los consumidores activos e informados del cuidado de la salud de la actualidad.

Además, las organizaciones deben estandarizar sus procesos clínicos y empresariales para mejorar la calidad y la eficiencia; mejorar los sistemas de información hospitalaria para apoyar la toma de decisiones basada en la evidencia, y usar M&A y alianzas para compartir los recursos y mejorar las capacidades. Las precepciones y la evidencia deben informar los lugares donde se harán las futuras inversiones, estratégicas y tácticas, para mejorar las operaciones y lograr mayor valor.

**Regulación** —Tomar un enfoque estandarizado y consistente para la planificación, ejecución y monitoreo del cumplimiento tiene un buen sentido clínico y de negocios en el ambiente altamente regulado de la atención médica global de hoy en día. Las organizaciones de proveedores, contribuyentes y de ciencias de la vida deben evaluar rápidamente las brechas potenciales en la capacidad y la seguridad de los datos, definir su visión y sus necesidades<sup>97</sup>, establecer un foro y un proceso de gobernanza para la toma de decisiones riesgosas, garantizar un financiamiento adecuado y personal debidamente capacitado, así como desarrollar programas efectivos de implementación y remediación. La seguridad cibernética debe ser un área de enfoque principal: las organizaciones pueden evitar o mitigar las infracciones cibernéticas con un programa centralizado de seguridad que contenga políticas y decisiones autoritarias, uniformes y eficientes, que anime a los empleados a reconocer y a reportar las amenazas potenciales y que verifique las prácticas de ciberseguridad y privacidad de terceros socios comerciales que manejen PHI<sup>98</sup>. Por último, el intercambio de información y la asociación pueden ayudar a reducir los riesgos operacionales y regulatorios de la atención a la salud. Los países de la UE y de otros lugares están trabajando entre los gobiernos y los organismos para promover un enfoque más sistemático de la elaboración de normas reglamentarias, la supervisión y el cumplimiento.

# Apéndice

Explore las más recientes investigaciones en el sector del cuidado de la salud de los miembros de Deloitte, o visite:

[www.deloitte.com/us/healthsolutions](http://www.deloitte.com/us/healthsolutions)

[www.deloitte.co.uk/centreforhealthsolutions](http://www.deloitte.co.uk/centreforhealthsolutions)

[www.deloitte.com/healthcare](http://www.deloitte.com/healthcare)

## **2016 Perspectivas mundiales de salud: combatiendo los costos mientras se mejora la atención**

En todo el mundo, los gobiernos, los sistemas de prestación de servicios de salud, los aseguradores y los consumidores se enfrentan a un persistente conflicto entre las prioridades competitivas: satisfacer la creciente demanda de servicios del cuidado de la salud y reducir el costo creciente de esos servicios. Tan importante es el papel del costo en el ecosistema del cuidado de la salud global que se encuentra en el centro de los muchos temas –demográficos, financieros, operacionales, de innovación y de regulación– impactando a los actores del sector en el 2016

## **Blockchain en seguros médicos y de vida: convirtiendo un cliché en un gran adelanto para los aseguradores de salud y vida**

Las aseguradoras de salud y de vida están entre los muchos jugadores que luchan por determinar la forma en la que se podría adaptar el blockchain para mejorar la forma en que llevan sus registros, ejecutan transacciones e interactúan con las partes interesadas. Las preguntas clave se centran en si los atributos únicos del blockchain

podrían ayudar a las aseguradoras a reducir los costos, a gestionar los riesgos, a mejorar el servicio al cliente, a hacer crecer su negocio y, en última instancia, a reforzar la línea de fondo. ¿Cómo puede una tecnología de criptomoneda como blockchain resolver potencialmente estos problemas y más?

## **Análítica del sistema de salud: la clave que falta para desbloquear el cuidado basado en valores**

Hablar de análisis y "grandes datos" está en todas partes en la industria del cuidado de la salud en estos días. Muchas partes interesadas están de acuerdo en que los análisis proporcionan conocimientos que pueden permitir a las organizaciones mejorar la calidad y reducir los costos, una combinación que es esencial para implementar programas efectivos basados en valores. A medida que los sistemas de salud siguen enfrentando márgenes decrecientes, presupuestos cada vez más estrictos y modelos de pago en evolución, la analítica se está promocionando como la clave que falta para desbloquear las nuevas fuentes de valor.

## **Atención de salud de alto valor: enfoques innovadores para los retos mundiales**

Las organizaciones del cuidado de la salud de todo el mundo están innovando para ofrecer servicios de salud de mayor valor. ¿Qué están haciendo los pioneros de los proveedores de atención médica, de los planes de salud y de las compañías de ciencias de la vida para

anticipar las necesidades de los pacientes, reducir los costos y mejorar los resultados generales de salud en los Estados Unidos y en el mundo?

## **MACRA: trastornando el sistema de salud en todos los niveles**

Se espera que el MACRA impulse la prestación de cuidados y la reforma de los pagos en todo el sistema de salud de los Estados Unidos en el futuro previsible. El Congreso pretendía que el MACRA fuera una ley transformadora que construyera una nueva autopista de alta velocidad para transportar el sistema del cuidado de la salud de su tradicional modelo de pago, por servicio, a nuevos modelos de cuidado coordinado y de riesgo. Tiene el potencial de ser un revolucionario en todos los niveles de nuestro sistema de salud. Esta página sirve para ser una ventanilla única para lo último en la legislación, incluyendo lo que la regla final de MACRA significa para usted.

## **Sin reglamentaciones es una isla: los cambios normativos de la UE y su impacto en la industria global de las ciencias de la vida**

La industria de las ciencias de la vida opera en uno de los ambientes más regulados del mundo. Las organizaciones de ciencias biológicas deben navegar y cumplir con un conjunto altamente complejo de leyes y directrices globales, regionales, nacionales y específicas de la industria, así como normas y códigos de la industria que abarcan el ciclo de vida de desarrollo y el comercial de un

medicamento o dispositivo. Se anticipa que los cambios regulatorios europeos recientes y en curso estarán entre los más significativos para la industria global de las ciencias de la vida.

**Medicina de precisión: reduciendo la brecha entre el potencial y la realidad**

La medicina de precisión ofrece el potencial para terapias más específicas, dirigidas al tratamiento de pacientes que responden positivamente y a la reducción de eventos adversos. A pesar del crecimiento de la inversión, sería negligente olvidar que los tratamientos específicos todavía tienen que pasar por el riguroso y costoso proceso de investigación y desarrollo. Y debido a que los tratamientos sólo pueden ser utilizados para un pequeño subconjunto de pacientes, el retorno de la inversión es potencialmente reducido. Es a pesar de y debido a estos desafíos que el impulso alrededor de la medicina de precisión se está reuniendo como nunca antes.

**El valor de la experiencia del paciente: los hospitales con la mejor experiencia reportada por el paciente tienen un mejor desempeño financiero**

Las mayores calificaciones de experiencia del paciente se asocian con una mayor rentabilidad. Mejorar la experiencia del paciente puede ayudar a que un hospital mejore su desempeño financiero fortaleciendo la lealtad de los clientes, construyendo reputación y marca e impulsando la utilización

de los servicios hospitalarios a través de un incremento de referencias a familiares y amigos. La investigación de Deloitte muestra que la buena experiencia del paciente está asociada con una mayor rentabilidad hospitalaria. Esta asociación es más fuerte para los aspectos de la experiencia del paciente más estrechamente asociados con una mejor atención, en particular, el compromiso enfermera-paciente.

**Las top 10 innovaciones en el cuidado de la salud: logrando más por menos**

El cuidado de la salud es una industria que necesita innovación. Los planes de salud, los proveedores, las compañías de ciencias de la vida y el gobierno están enfrentando un aumento en los costos y resultados inconsistentes. Están trabajando para mejorar el cuidado y los resultados de salud, todo ello reduciendo costos y gastos. ¿Cuáles son las innovaciones que tienen más probabilidades de ayudar a las partes interesadas a alcanzar estos objetivos y transformar el cuidado de la salud en los próximos 10 años?

**Determinantes sociales y cuidado de la salud colaborativo: mejores resultados, reducción de costos: implicaciones y oportunidades para los planes y estados de salud**

Tres factores pueden influir drásticamente en el estado de la salud de una persona y en los costos asociados de la atención médica: salud física, salud mental y determinantes sociales. La investigación ha demostrado que

los modelos de atención en colaboración que abordan la salud física y conductual o los programas que abordan los determinantes sociales han generado, independientemente, resultados mejorados para los pacientes. Sin embargo, estos tres factores están inextricablemente ligados, la combinación de los determinantes sociales con modelos de cuidado colaborativo puede mejorar aún más los resultados individuales y generales y proporcionar el ahorro de costos que los planes de salud y los estados están buscando.

**Signos vitales: cómo ofrecer un mejor cuidado de la salud en toda Europa**

Con muchas más personas viviendo más tiempo, pero desarrollando múltiples y complejas enfermedades a largo plazo, se ha vuelto más importante que nunca asegurar que los sistemas de salud sean aptos para el futuro. Entonces, ¿qué tan buenos son los sistemas de salud de toda Europa para enfrentar este desafío?

# Notas finales

1. *Perspectivas de la industria mundial, Healthcare and Pharmaceuticals* [Cuidado de la salud y productos farmacéuticos], La unidad de inteligencia económica, junio 2016
2. Ibid
3. *Riesgos globales del cuidado de la salud*, OMS
4. Instituto Nacional de Envejecimiento, 2016
5. “La esperanza mundial de vida alcanza nuevas alturas” OMS, Instituto Nacional de Envejecimiento, 2016
6. *Perspectivas de la industria mundial, Healthcare and Pharmaceuticals* [Cuidado de la salud y productos farmacéuticos], La unidad de inteligencia económica, junio 2016
7. “Top 10 causas de muerte,” OMS
8. *Perspectivas de la industria mundial, Healthcare and Pharmaceuticals* [Cuidado de la salud y productos farmacéuticos], La unidad de inteligencia económica, junio 2016, citando a la Federación Internacional de Diabetes
9. *Enfrentando el maremoto: Desarmando la farmacia y creando valor para los pacientes*, Centro Deloitte para las Soluciones de la Salud, 2016
10. *Perspectivas de la industria mundial, Healthcare and Pharmaceuticals* [Cuidado de la salud y productos farmacéuticos], La unidad de inteligencia económica, junio 2016
11. *Cuidado de la salud de alto valor: enfoques innovadores para los retos mundiales*, Centro Deloitte para las Soluciones de la Salud, 2016
12. *MACRA: Trastornando el sistema de salud en todos los niveles*, Centro Deloitte para las Soluciones de la Salud, 2016, <https://www2.deloitte.com/us/en/pages/life-sciences-and-health-care/articles/macra.html>
13. Orientación de planificación compartida 2016/17-2020/21. NHS England, 2015. Vea también: <https://www.england.nhs.uk/ourwork/futurenhs/deliver-forward-view/>
14. *Nuevos modelos de cuidado—sitios de vanguardia. NHS England*. Vea también: <https://www.england.nhs.uk/ourwork/futurenhs/new-care-models/>
15. Programa Nacional de Salud 2013–2018
16. Hildebrandt H, Hermann C, Knittel R, Richter-Reichhelm M, Siegel A, Witzenrath W. *Gesundes Kinzigtal Cuidado integrado: mejorando la salud de la población mediante un enfoque compartido de beneficios de la salud y un contrato de ahorro compartido*. International Journal of Integrated Care [Revista Internacional de Cuidados Integrados]. 2010;10(2). DOI: <http://doi.org/10.5334/ijic.539>.
17. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2914874/>
18. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2914874/>
19. [http://www.gesundes-kinzigtal.de/media/images/en-site/press\\_release\\_aok\\_gk\\_june\\_2014.pdf](http://www.gesundes-kinzigtal.de/media/images/en-site/press_release_aok_gk_june_2014.pdf)
20. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1865921716301192>
21. “Devolución: Lo que significa para el ciudadano de la salud y social en Inglaterra.” King’s Fund [El Fondo de Rey], 2015. Vea también: <http://www.kingsfund.org.uk/publications/devolution>
22. “Planes innovadores de descentralización de salud y de atención para la capital, lanzados hoy.” NHS Inglaterra Londres, 2015. Vea también: <https://www.england.nhs.uk/london/2015/12/15/health-and-care-devolution-plans/>
23. “Los pares plantean dudas sobre las autoridades combinadas y la devolución bajo el nuevo gobierno”, Public Sector Executive [Ejecutivo del Sector Público], 2016. Vea también: <http://www.publicsectorexecutive.com/Public-Sector-News/peers-raise-doubts-about-combined-authorities-and-devolution-under-new-government>
24. Equipos regionales del NHS Inglaterra. NHS Inglaterra, 2015. Vea también: <https://www.england.nhs.uk/about/regional-area-teams/>
25. *Signos vitales: cómo ofrecer un mejor cuidado de la salud en toda Europa*, Deloitte Reino Unido, Centro para las Soluciones de la Salud, julio 2016, <https://www2.deloitte.com/uk/en/pages/life-sciences-and-healthcare/articles/vital-signs.html>
26. “Se inteligente, no empieces,” Instituto para Terapia y de Investigación de la Salud, Kiel, Alemania 2016. Vea también: <https://www.besmart.info/be-smart/> <http://www.smokefreeclass.info/statistics.htm>
27. “En una nueva encuesta a 11 países, los adultos de los EE. UU. todavía luchan por el acceso y la asequibilidad de los servicios de salud,” 2016 Fondo del Commonwealth Fund Encuesta Internacional de la Política de Salud, <http://www.commonwealthfund.org/publications/in-the-literature/2016/nov/2016-international-health-policy-survey-of-adults> <http://www.commonwealthfund.org/publications/in-the-literature/2016/nov/2016-international-health-policy-survey-of-adults>
28. *Asociaciones público-privadas. Healthcare UK* [Cuidado de la salud Reino Unido]. Vea también: [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/266818/07\\_PPP\\_28.11.13.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/266818/07_PPP_28.11.13.pdf)
29. “Los costos de la mano de obra son los principales impulsores del crecimiento de los costos hospitalarios”, Fierce Healthcare [Cuidado de la salud feroz], mayo 2015, <http://www.fiercehealthcare.com/healthcare/labor-costs-are-key-driver-hospital-cost-growth>
30. Oficina Nacional de Auditoría (2016). Manejando el suministro del personal clínico del NHS Inglaterra, sitio web de NAO. Vea también: [www.nao.org.uk/report/managing-the-supply-of-nhs-clinical-staff-in-england/](http://www.nao.org.uk/report/managing-the-supply-of-nhs-clinical-staff-in-england/)
31. *Informe de Salud de Japón, Unidad de Inteligencia Económica*, Segundo trimestre 2016
32. <https://www.ring.md/>
33. <https://www.england.nhs.uk/2016/08/centres-digital-excellence/>
34. “Explorando los determinantes sociales de la salud”, Fundación Robert Wood Johnson, marzo 2011. Citado en Gerrity M, Modelos evolutivos de la integración de la salud del comportamiento: Actualización de la evidencia 2010–2015 Fondo Conmemorativo Horvitz, Milbank, mayo 2016
35. Schroeder, S. Podemos hacerlo mejor—Mejorando la salud del pueblo estadounidense NEngl J Med 2007;357:1221-8.
36. *Los determinantes sociales + los cuidados colaborativos de la salud pueden = resultados mejorados, costos reducidos: Implicaciones y oportunidades para los planes de salud y estados*, Deloitte, 2016
37. “¿Conseguiste tu resultado ACE?” ACES Too High News [Noticias ACES demasiado altas], <https://acestoohigh.com/got-your-ace-score/>

38. <http://www.cdc.gov/violenceprevention/acestudy/about.html>
39. “¿Conseguiste tu resultado ACE?” ACES Too High News [Noticias ACES demasiado altas], <https://acestoohigh.com/got-your-ace-score/>
40. “Fundamentos para el marco de la infancia: Pasos para crear relaciones y entornos seguros, estables y nutritivos para todos los niños,” CDC, <http://www.cdc.gov/violenceprevention/childmaltreatment/essentials.html>
41. [http://www.cdc.gov/violenceprevention/acestudy/about\\_ace.html](http://www.cdc.gov/violenceprevention/acestudy/about_ace.html)
42. *Determinantes sociales y cuidado de la salud colaborativa: Resultados mejorados, costos reducidos: Implicaciones y oportunidades para los planes de salud y estados*, Deloitte, 2016
43. *Integración de la salud mental/ abuso de sustancias y atención primaria, preparado por la Agencia de Investigación y Calidad de la Salud (AHRQ por sus siglas en inglés) preparado por Minnesota Evidence-based Practice Center [Centro de Práctica Basado en la Evidencia de Minnesota, Minneapolis, Minnesota, AHRQ Publicación No. 09-E003, octubre 2008*
44. *Determinantes sociales y cuidado de la salud colaborativa: Resultados mejorados, costos reducidos: Implicaciones y oportunidades para los planes de salud y estados*, Deloitte, 2016
45. Meili, Ryan, “*Súper Usuarios del Sistema del Cuidado de la Salud Objetivo de Reformas*,” disponible en línea en: <http://evidencenetwork.ca/archives/16208>
46. *Cuidado de la salud de alto valor: Enfoques innovadores para los desafíos mundiales*, Centro Deloitte para las Soluciones de la Salud, 2016
47. Cowan, Pamela, *El programa “Hotspotting” Brinda cuidado donde el cuidado no existía*, Regina Post Leader, enero 4, 2016. Disponible en línea en: <http://leaderpost.com/news/local-news/hotspotting-program-provides-care-where-care-didnt-exist>
48. *El camino de Deloitte hacia las curas del siglo XXI: Un llamamiento a la acción*. Deloitte, 2014
49. “*Medicina de precisión: Reduciendo la brecha entre el potencial y la realidad*,” Una visión desde el Centro, Centro Deloitte para las Soluciones de la Salud, julio 23, 2015; citando la definición de la FDA <http://blogs.deloitte.com/centerforhealthsolutions/precision-medicine-bridging-the-gap-between-potential-and-reality/>
50. *Perspectivas mundiales del cuidado de la salud 2016: Combatiendo los costos y mejorando el cuidado*, Deloitte, 2016
51. Scott D. Ramsey, David Veenstra, Sean R. Tunis, Louis Garrison, John J. Crowley, y Laurence H. Baker, “*La forma en la que la investigación de eficacia comparativa puede ayudar a avanzar la ‘medicina personalizada’ en el tratamiento del cáncer*,” *Health Affairs* 30, no. 12 (2011): pp2259–2268, DOI: 10.1377/hlthaff.2010.0637. Extraído de *La convergencia de las tendencias del cuidado de la salud: Estrategias de innovación para las oportunidades emergentes*. Centro Deloitte para las Soluciones de la Salud, [www2.deloitte.com/us/en/./convergence-health-care-trends.html](http://www2.deloitte.com/us/en/./convergence-health-care-trends.html)
52. Allen M. Spiegel y Meredith Hawkins, “*La ‘Medicina personalizada’ para identificar los riesgos genéticos para la diabetes tipo 2 y la prevención de enfoque: ¿Podrá cumplir su promesa?*” *Health Affairs* 31, no. 1 (2012): pp 43–49, DOI: 10.1377/hlthaff.2011.1054. Extraído de *La convergencia de las tendencias en el cuidado de la salud: Estrategias de innovación para las oportunidades emergentes*, Centro Deloitte para las Soluciones de la Salud, 2015
53. <https://www.genomeweb.com/sites/default/files/public/downloads/news/pmc-phrma-personalized-medicine-investment.pdf>
54. “*Colaboración e innovación: Terminando los 17 años del ‘valle de la muerte’ para obtener tratamientos para los pacientes*,” *Health Care Current* [Cuidado de la salud actual], Centro Deloitte para las Soluciones de la Salud, septiembre 29, 2015, <http://www2.deloitte.com/us/en/pages/life-sciences-and-health-care/articles/health-care-current-september29-2015.html?id=us:em:na:hcc:eng:lsbc:092915#1>. Consultado septiembre 29, 2015
55. “*Medicina de precisión: Reduciendo la brecha entre el potencial y la realidad*,” Una visión desde el Centro, Centro Deloitte para las Soluciones de la Salud, julio 23, 2015 <http://blogs.deloitte.com/centerforhealthsolutions/precision-medicine-bridging-the-gap-between-potential-and-reality/>
56. Castellano JM, Sanz G, Peñalvo JL, et al. *Una estrategia Polypill para mejorar la adherencia: Resultados del Proyecto FOCUS*. *J Am Coll Cardiol*. 2014;64(20):2071–2082.doi:10.1016/j.jacc.2014.08.021.
57. IMIS Instituto para la Informática del Cuidado de la Salud. *Costos evitables en el cuidado de la salud de los EE. UU. 2013; no adherencia a la medicación: la escala del problema*, *Prescriber* [Prescriptor] sept 5 2013, <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/psb.1096/epdf>
58. *Cuidado de la salud de alto valor: Enfoques innovadores para los retos mundiales*, Centro Deloitte para las Soluciones de la Salud, 2016
59. Castellano JM, Sanz G, Peñalvo JL, et al, *Una estrategia Polypill para mejorar la adherencia: Resultados del Proyecto FOCUS*.t. *J Am Coll Cardiol*. 2014;64(20):2071–2082.doi:10.1016/j.jacc.2014.08.021.
60. Huffman MMS, Fuster V, Rodgers A, Smith S, Yusuf S. *Una aplicación para recomendar que la terapia combinada de dosis fija se agregue a la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS para la prevención secundaria de enfermedades cardiovasculares (cardiopatía isquémica y accidente cerebrovascular trombótico)* [http://www.who.int/selection\\_medicines/committees/expert/19/applications/FDCCardio\\_12\\_A\\_Ad.pdf](http://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/19/applications/FDCCardio_12_A_Ad.pdf) (10 octubre 2013)
61. IMS Instituto para la Informática del Cuidado de la Salud. *Costos evitables en el cuidado de la salud de los EE. UU. 2013; no adherencia a la medicación: la escala del problema*, *Prescriber* [Prescriptor], sept5 2013, <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/psb.1096/epdf>
62. *Encuesta de Consumidores del Cuidado de la Salud en los Estados Unidos 2016*, Deloitte, 2016
63. *El camino de Deloitte a las curas del Siglo XXI: Un llamamiento a la acción*, 2014
64. *Perspectivas mundiales del cuidado de la salud 2016: Combatiendo los costos y mejorando la atención*, Deloitte, 2016
65. “*El mercado de la analítica del cuidado de la salud para alcanzar los EE. UU \$18.7 mil millones en el 2020*,” boletín de prensa, Medical Market Research [Investigación del Mercado Médico], agosto, 2016, <https://www.whatech.com/market-research/medical/192126-healthcare-analytics-market-worth-18-7-billion-by-2020>
66. Ibid
67. *La analítica del Sistema de salud: La llave faltante para desbloquear el cuidado basado en valores*, Centro Deloitte para las Soluciones de la Salud, 2015
68. *Signos vitales: cómo ofrecer un mejor cuidado de la salud en toda Europa*, Centro Deloitte Reino Unido para las Soluciones de la Salud, julio 2016

69. *Greater Manchester se compromete con 36 millones de libras esterlinas para mejorar la salud y la asistencia social. Salford Juntos, 2016.* Vea también: <http://www.salfordtogether.com/2016/07/greater-manchester-makes-36-million-funding-commitment-to-improve-health-and-social-care/>
70. *Tabla Trendwatch 2015: Las tendencias que afectan a los hospitales y a los sistemas de salud*, preparado por Avalere Health para la Asociación Americana de Hospitales, 2015, página 25
71. *Las mejoras que los proveedores del NHS han logrado mediante la fusión.* Mejoras del NHS, 2016. See also: [https://improvement.nhs.uk/uploads/documents/Mergers\\_improvements.pdf](https://improvement.nhs.uk/uploads/documents/Mergers_improvements.pdf)
72. *Perspectivas mundiales del cuidado de la salud 2016: Combatiendo los costos y mejorando la atención*, Deloitte, 2016
73. *Las Top 10 innovaciones en el cuidado de la salud: logrando más por menos*, Centro Deloitte para las Soluciones de la Salud, 2016
74. *Blockchain en seguros: Convirtiendo una palabra de moda en un gran avance para la salud y la vida*, Centro Deloitte para las Soluciones de la Salud, 2016
75. Ibid
76. *El valor de la experiencia del paciente: Los hospitales con mejores experiencias reportadas por los pacientes tienen mejores resultados financieros*, Centro Deloitte para las Soluciones de la Salud, 2016, <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/us/Documents/life-sciences-health-care/us-dchs-the-value-of-patient-experience.pdf>
77. Ibid
78. Ed Lionberger, “*La satisfacción del paciente y la comunicación con el médico: Los impulsores de los costos de la negligencia médica*” *Becker’s Hospital Review* [Revisión del Hospital de Becker], enero 2015, <http://www.beckershospitalreview.com/finance/patient-satisfaction-and-physician-communication-drivers-of-medical-malpractice-costs.html>, consultado mayo 4, 2016
79. Rave N, Geyer M, Reeder B, Ernst J, Goldberg L, Barnard C, “*Cambio radical de sistemas: Estrategias innovadoras para mejora la satisfacción del paciente*”, *The Journal of Ambulatory Care Management* [La revista del manejo del cuidado ambulatorio], abril/junio 2003—Volumen 26—Número 2—p 159–174, <http://journals.lww.com/ambulatorycaremanagement/pages/articleviewer.aspx?year=2003&issue=04000&article=00008&type=abstract>, consultado mayo 4, 2016
80. *El valor de la experiencia del paciente: Los hospitales con mejores experiencias reportadas por los pacientes tienen mejores resultados financieros*, Centro Deloitte para las Soluciones de la Salud, 2016, <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/us/Documents/life-sciences-health-care/us-dchs-the-value-of-patient-experience.pdf>
81. *Signos vitales: cómo ofrecer un mejor cuidado de la salud en toda Europa*, Centro Deloitte Reino Unido para las Soluciones de la Salud, julio 2016
82. Ibid
83. Bertakis KD, Azari R. *El cuidado centrado en el paciente se asocia con una menor utilización del cuidado de la salud.* *J Am Board Fam Med.* 2011 mayo – jun;24(3):229-39. Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, Jordan J. El impacto de los resultados de la atención centrada en el paciente. *J Fam Pract.* 2000 sept;49(9):796-804. PubMed PMID: 11032203
84. *La contribución de Ribera Salud al sistema del cuidado de la salud público en España*, Ribera Salud, 2016, <http://riberasalud.com/wp-content/uploads/2016/03/Ribera-Salud%C2%B4s-contribution-to-the-public-healthcare-system-in-Spain.pdf>, consultado octubre 5, 2016.
85. Sin reglamentaciones es una isla: los cambios normativos de la UE y su impacto en la industria global de las ciencias de la vida Deloitte 2016
86. [http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/regulation/general/general\\_content\\_000645.jsp](http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/regulation/general/general_content_000645.jsp)
87. “*La UE reforzará los controles médicos después del escándalo PIP de implante mamario*”, *New York Daily News* [Noticias diarias de Nueva York], 27 septiembre, 2012, <http://www.nydailynews.com/life-style/health/eu-tighten-medical-controls-pip-breast-implant-scandal-article-1.1169444>
88. “*El riesgo cibernético y de los infiltrados de un vistazo: La industria farmacéutica*”, Deloitte, 2014 <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/jp/Documents/life-sciences-health-care/lis/jp-ls-cyber-insider-risk-en.pdf>
89. *Economic Times* [Tiempos Económicos]
90. <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/4/10-020410/en/>
91. *Cuidado de la salud de alto valor: Acercamientos innovadores para los retos mundiales*, Centro Deloitte para las Soluciones de la Salud, 2016
92. *Signos vitales: cómo ofrecer un mejor cuidado de la salud en toda Europa*, Centro Deloitte Reino Unido para las Soluciones de la Salud, julio 2016
93. *Integración de la salud mental/ abuso de sustancias y atención primaria*, preparado por la Agencia de Investigación y Calidad de la Salud (AHRQ por sus siglas en inglés) preparado por Minnesota Evidence-based Practice Center [Centro de Práctica Basado en la Evidencia de Minnesota, Minneapolis, Minnesota, AHRQ Publicación No. 09-E003, octubre 2008
94. *De la visión a la acción: Medidas para movilizar una cultura de la salud*, Fundación Robert Wood Johnson, 2015, [http://www.rwjf.org/content/dam/files/rwjf-webfiles/Research/2015/From\\_Vision\\_to\\_Action\\_RWJF2015.pdf](http://www.rwjf.org/content/dam/files/rwjf-webfiles/Research/2015/From_Vision_to_Action_RWJF2015.pdf)
95. *Los determinantes sociales + los cuidados colaborativos de la salud pueden = resultados mejorados, costos reducidos: Implicaciones y oportunidades para los planes de salud y estados*, Deloitte, 2016
96. *Las Top 10 innovaciones en el cuidado de la salud: logrando más por menos*, Centro Deloitte para las Soluciones de la Salud, 2016
97. *Actualización: Privacidad y seguridad de información médica protegida*, Centro Deloitte para las Soluciones de la Salud, 2014
98. Ibid

# Contactos

## **Gregory Reh**

Líder Global de Deloitte, Ciencias de la vida  
Líder Regional de Deloitte, Ciencias de la salud de las Américas  
Líder en el Sector de Ciencias de la Salud, Deloitte Estados Unidos  
grreh@deloitte.com

## **Enrico de Vettori**

Líder en la Industria de las LSHC  
Deloitte Brasil  
enricovettori@deloitte.com

## **Yvonne Wu**

Líder en la Industria de las LSCH  
Deloitte China  
yvwu@deloitte.com.cn

## **Yves Jarlaud**

Líder en la Industria de las LSCH  
Deloitte Francia  
yjarlaud@deloitte.fr

## **Dr. Gregor-Konstantin Elbel, MD PhD**

Líder en la Industria de las LSCH  
Deloitte Alemania  
gelbel@deloitte.de

## **Charu Sehgal**

Líder en la Industria de las LSCH  
Deloitte India  
csehgal@deloitte.com

## **Tomotaro Nagakawa**

Líder en la Industria de las LSCH  
Deloitte Japón  
tnagakawa@tohmatu.co.jp

## **María Eugenia Méndez**

Líder en Ciencias de la vida  
Deloitte México  
mmendez@deloittemx.com

## **Oleg Berezin**

Líder en la Industria de las LSHC  
Deloitte CIS (Russia)  
oberezin@deloitte.ru

## **Valter Adão**

Líder en la Industria de las LSCH  
Deloitte Suráfrica  
vadao@deloitte.co.za

## **Mohit Grover**

Líder en la Industria de las LSCH  
Deloitte Sudeste Asiático  
mogrover@deloitte.com

## **Vicky Levy**

Líder en la Industria de las LSCH  
Deloitte Suiza  
vilevy@deloitte.ch

## **John Haughey**

Líder en la Industria de las LSCH  
Deloitte Reino Unido  
jhaughey@deloitte.co.uk



#### **Acerca de Deloitte**

Deloitte se refiere a uno o más de Deloitte Touche Tohmatsu Limited, una empresa privada del Reino Unido limitada por garantía ("DTTL", su red de empresas miembro y sus entidades relacionadas. DTTL y cada una de sus empresas miembro son entidades legalmente autónomas e independientes. DTTL (también referida como "Deloitte Global") no proporciona servicios a los clientes. Favor de ver [www.deloitte.com/about](http://www.deloitte.com/about) para obtener una descripción más detallada de DTTL y sus empresas miembros.

Deloitte ofrece servicios de auditoría, consultoría, asesoría financiera, gestión de riesgos, fiscales y servicios relacionados para clientes públicos y privados que abarcan múltiples industrias. Con una red conectada al nivel global de empresas miembro en más de 150 países y territorios, Deloitte ofrece capacidades de clase mundial y un servicio de alta calidad a los clientes, ofreciendo las ideas que necesitan para enfrentar sus más complejos retos empresariales. Los más de 200,000 profesionales de Deloitte, todos comprometidos en lograr un impacto que importe.

#### **Descargo**

Esta publicación contiene información general únicamente, y nadie ni Deloitte Touche Tohmatsu Limited, sus empresas miembros, o sus entidades relacionadas (colectivamente la "Red Deloitte") está, mediante esta publicación, prestando asesoramiento o servicios profesionales. Antes de tomar cualquier decisión o cualquier acción que pueda afectar sus finanzas o a su empresa, usted deberá consultar a un consejero profesional calificado. Ninguna entidad de la Red Deloitte será responsable por cualquier pérdida que pueda sufrir cualquier persona que se apoye en esta publicación.

#### **Acerca de las Ciencias de la Vida y el cuidado de la salud en Deloitte Touche Tohmatsu Limited**

El grupo de la industria de las ciencias de la vida y el cuidado de la salud (LSHC por sus siglas en inglés) de Deloitte Touche Tohmatsu Limited está compuesto por más de 13,000 profesionales en más de 90 países. Estos profesionales comprenden la complejidad de las actuales ciencias de la vida y de los desafíos de la industria del cuidado de la salud, y proporcionan a los clientes servicios integrados e integrales que satisfacen sus respectivas necesidades. En el entorno actual, los profesionales de LSHC de toda la red de Deloitte ayudan a las empresas a evolucionar en un mercado cambiante, a buscar soluciones nuevas e innovadoras y a mantener una rentabilidad a largo plazo.

Para mayores informes sobre el grupo industrial DTTL LSHC, envíe un correo electrónico a: [dttlshc@deloitte.com](mailto:dttlshc@deloitte.com) o consulte [www.deloitte.com/lifesciences](http://www.deloitte.com/lifesciences).

©2017. Para mayores informes, póngase en contacto con Deloitte Touche Tohmatsu Limited.

©2017 Galaz, Yamazki, Ruiz Urquiza, S.C. (Versión en español)