

# VALOR EN SALUD: DESAFÍO PARA COLOMBIA

El mundo de la salud está claramente dominado, casi que independientemente del lugar del globo dónde nos ubiquemos, por tres fenómenos íntimamente interrelacionados que han configurado una problemática común. Estos corresponden al envejecimiento, cronicidad e incremento del gasto en salud.

Según UNFPA, el Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas, a la humanidad le costó miles de años alcanzar los 1.000 millones de habitantes, pero solo 200 para multiplicar esta cifra por siete. Se prevé que la población mundial supere los 9.000 millones de habitantes para 2050, de los cuales el 22% serán adultos mayores de 60 años.

1

En 2013 las 10 primeras causas de morbilidad mundial, medidas con los años de vida ajustados en función de la discapacidad, estuvieron representadas por enfermedades no transmisibles como la depresión mayor, diabetes y EPOC; algunas de las cuales mostraron una escalada en el ranking desde el informe de 1990(1).

Por su parte, se proyecta que el gasto mundial en salud incrementará de 10 billones de dólares americanos en 2015 a 20 billones en 2040, esperándose que el crecimiento sea más acelerado en países de ingreso medio alto, seguido por los países de ingreso medio bajo(2).

A lo largo de los últimos años la gestión de la salud en el mundo ha intentado varias fórmulas para hacer frente a esta tendencia, lográndose resultados aún parciales. Por un lado el surgimiento de la medicina basada en la evidencia, que prima la racionalidad científica, representa un intento por ordenar las prácticas más efectivas en torno a distintos problemas de salud. Sin embargo un enfoque basado solo en la efectividad de la atención no ponía en consideración otros elementos como el costo de la misma, especialmente en aquellos escenarios en los que existen distintas alternativas de intervención para una misma condición, originando una nueva forma de racionalidad basada en la costoefectividad.

De la mano de los dos enfoques mencionados, el surgimiento de la calidad como marco para la gestión añade el componente de prácticas seguras, el cual termina instaurándose como un segundo elemento tan importante y esperable a cualquier intervención en salud como la misma efectividad.

La reflexión hasta este punto nos obliga a cuestionarnos qué tanto la gestión de la salud centrada en la efectividad, seguridad y costoefectividad han logrado resolver los desafíos globales en materia de salud, y hasta qué punto debería darse paso a otros modos de abordaje que respondan a otras perspectivas del mismo problema.

El surgimiento de la atención centrada en el paciente pone sobre la mesa otro elemento que aunque obvio, no venía recibiendo hasta entonces un trato diferencial, y con él, el giro de los modelos de gestión a la generación de resultados en salud que importan al paciente.

Este nuevo enfoque hace visible la sentencia expuesta en el trabajo de Gentry et al.(3) en la cual se expone que pese a disponerse cada vez más de mejores y modernas tecnologías de gran efectividad clínica, estas no pueden ser asumidas por los presupuestos en salud de la mayoría de países del mundo. Pero incluso en el caso de poderse pagar, estas no siempre impactan en los desenlaces que más importan al paciente, y con ello ejemplificamos inmediatamente el concepto de valor en salud.

La cotidianidad de la atención y la gestión de la salud en general, particularmente en la cronicidad, todavía carece en muchos contextos de países como Colombia de un enfoque centrado en la persona. Los facilitadores de la generación de valor como lo son los sistemas de información, modelos de pago, unidades de práctica integrada e incluso el bien conocido benchmarking(4), siguen sin formar parte de la práctica usual.

El valor en salud además no reemplaza los enfoques predecesores de efectividad, seguridad y costoefectividad, sino que por el contrario los alinea en torno a los desenlaces que en realidad le interesan al paciente. Sin embargo deja abierto un nuevo panorama en el que nos debemos cuestionar si el valor es una mejor solución a los retos arriba mencionados, para lo cual debemos diseñar formas de evaluación que nos den respuestas claras. La enfermedad no transmisible por su impacto en el gasto en salud, y en la carga de enfermedad y sufrimiento que genera en los pacientes que la padecen, son el escenario idóneo para descubrirlo.

**Abel E. González-Vélez**, en nombre del Comité Editorial de Conexión Colsanitas  
Keralty

Correo electrónico para la correspondencia: [abegonzalez@colsanitas.com](mailto:abegonzalez@colsanitas.com)

### Referencias

1. GBD 2013 Mortality and Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet Lond Engl.* 10 de enero de 2015;385(9963):117-71.
2. Trends in future health financing and coverage: future health spending and universal health coverage in 188 countries, 2016-40. *Lancet Lond Engl.* 5 de mayo de 2018;391(10132):1783-98.
3. Gentry S, Badrinath P. Defining Health in the Era of Value-based Care: Lessons from England of Relevance to Other Health Systems. *Cureus.* 6 de marzo de 2017;9(3):e1079.
4. Porter ME, Thomas H. Lee MD. The Strategy That Will Fix Health Care. *Harvard Business Review* [Internet]. 1 de octubre de 2013 [citado 29 de octubre de 2018];(October 2013). Disponible en: <https://hbr.org/2013/10/the-strategy-that-will-fix-health-care>