



# El plan de salud del mañana

La irrupción está aumentando el ritmo

Las ciencias de la vida y las industrias de la salud están al borde de una irrupción a gran escala. En un futuro de salud definido por datos radicalmente interoperables, plataformas abiertas pero seguras y atención dirigida por el consumidor, ¿qué papel desempeñará? Para obtener más información sobre la perspectiva de Deloitte sobre el futuro de la salud, visite [www.deloitte.com/future](http://www.deloitte.com/future).

# Contenido

Resumen ejecutivo | 2

Reimaginando los modelos de negocio de los planes de salud | 4

Transformación de modelos de negocios para satisfacer las demandas de los consumidores mediante datos interoperables y tecnologías digitales | 7

Preparándose para el ciclo final | 11

Sobrevivir o prosperar en los ciclos de innovación | 15

Notas finales | 17

# Resumen ejecutivo

EL PLAN DE SALUD del mañana puede ser muy diferente de lo que es hoy. En general, observamos que las transformaciones de la industria ocurren en tres ciclos de siete años y las empresas de atención de salud y, por lo tanto, los planes de salud no parecen ser diferentes. Prevemos que el primer ciclo de transformación de la asistencia de salud supondrá un impulso generalizado para establecer normas más estrictas en torno a la interoperabilidad de los datos y la demanda de los consumidores no sólo de acceder a la información sanitaria sino también de ser propietarios de ella. Estos cambios constituirán la base de la innovación. En el segundo ciclo, los actores no tradicionales comenzarán a irrumpir en el mercado de seguros con sus ofertas basadas en datos y centradas en el consumo. Mientras que la visión del ciclo final está todavía sobre el horizonte, predecimos una transformación radical de los modelos de negocio a través de la industria, con claros ganadores y perdedores emergentes.

El tiempo se está acabando, ya que el ritmo de la interrupción probablemente sólo seguirá aumentando. Los planes de salud pueden necesitar acelerar su respuesta a las demandas cambiantes del mercado: los operadores no tradicionales están entrando en el mercado de seguros; los consumidores, los empleadores y los compradores gubernamentales están examinando los costos; y los proveedores de atención médica están asumiendo más riesgos de la atención, mientras que los transportistas y los patrocinadores del gobierno están trabajando para liberarse de los riesgos. Además, los consumidores esperan una mejor experiencia, alimentada por el continuo ciclo de la irrupción digital. Se han introducido en el mercado miles de soluciones innovadoras que permiten la experiencia del consumidor, algunas de las cuales están siendo habilitadas por gigantes digitales y de consumidores como Amazon, Apple Inc. y Google. De hecho, el 65 por ciento de los consumidores dicen que están algo o muy interesados en tener una herramienta en línea para verificar el costo de su atención médica a través de su plan de salud.<sup>1</sup> El resultado: mayor competencia para obtener ingresos y márgenes que se achican.

¿Cómo se transformarán los planes tradicionales de salud y qué opciones deben tomar los líderes ahora para sobrevivir a la próxima irrupción?

Para comenzar a responder a estas preguntas, el Centro Deloitte para Soluciones de Salud llevó a cabo una investigación de participación colectiva con 28 expertos. El grupo estuvo de acuerdo en que, para prepararse para la irrupción, todos los planes de salud deberían y probablemente comenzarán a transformar sus modelos de negocio para aumentar su eficiencia y ofrecer un mejor valor a los compradores y miembros. Los expertos citaron ejemplos de empresas que están innovando ya hoy en día, mientras que otras tantas están llevando a cabo negocios como de costumbre.

¿Qué impulsará al resto de los planes de salud a transformarse, y qué traerá el futuro a medida que los planes de salud empiecen a adoptar más ampliamente estas innovaciones?

Nuestra investigación reveló una visión: la transformación del modelo de negocio se acelerará a medida que los planes de salud cambien para centrarse en mejorar el bienestar y la atención utilizando datos multidimensionales. Los productos equilibrarán el riesgo tradicional a nivel de población al transformarse en hiperpersonales y fáciles de entender, en función de las necesidades del consumidor. Además, los planes de salud habrán aprendido a involucrar e influir a los consumidores hacia una mejor salud a través de una experiencia de alto contacto con los dispositivos digitales. Los datos y la interoperabilidad de los datos serán los ingredientes secretos para mejorar el bienestar y la atención de los miembros, pero los consumidores serán propietarios de sus datos y tendrán que ver y aprovechar el valor de compartirlos con los planes de salud.

Nuestra investigación muestra que al final de los tres ciclos de innovación, los planes de salud se enfocarán en uno o más de tres roles fundamentales que serán los impulsores de valor de la nueva industria de la salud:

- **Bienestar y prestación de atención.**

La mayoría de los encuestados está de acuerdo en que para navegar con éxito el nuevo rol de ser un administrador del bienestar y de la atención de los miembros, los planes de salud deberán estar estrechamente alineados con los equipos de atención médica. Esto podría abrir nuevas oportunidades para gestionar la salud. Los roles evolucionarán para centrarse en convertirse en un centro de salud local y posibilitar modelos de atención centrada en el consumidor que se impartan virtualmente, en el hogar o en la comunidad.

- **Facilitamiento del cuidado.** A medida que se produce el cambio para centrarse en facilitar el bienestar y la atención de los miembros, los expertos coinciden en que los planes de salud desarrollarán una nueva interpretación del papel tradicional de "financiado" a medida que sus modelos de negocio vayan más allá de la adjudicación y el pago de reclamaciones. Este cambio de mentalidad dará lugar a una nueva línea de productos para los consumidores.

- **Datos y plataforma.** Según los expertos, los planes de salud comenzarán a ir más allá del uso de datos como apoyo a las funciones de cumplimiento y presentación de informes para convertirse en convocadores de datos, motores de ciencia y conocimiento, y/o constructores de infraestructuras de datos y plataformas. Las tecnologías digitales para reducir el costo de la atención, agilizar los procesos y lograr mejores resultados ya no serán diferenciadoras; serán fundamentales para cualquier organización

que opere en la industria del cuidado de la salud. Utilizando la gran extensión de datos que poseen, desarrollarán nuevas fuentes de ingresos basadas en las percepciones del consumidor, la monetización de datos, las iniciativas de salud de la población y las ofertas personalizadas.

Algunos ya se han dado cuenta y han comenzado a invertir en la transformación. Aquellos que aún no han comenzado la transformación tal vez quieran asumir uno o todos estos tres roles. Esto requerirá una estrategia bien diseñada para toda la organización, que comience con el compromiso del liderazgo con la ejecución, incluido el cambio de cultura, y sentar las bases para la inversión en nuevos productos, colaboraciones, talento, tecnología y gobernanza de datos que puedan competir en el futuro de la salud.

La transformación al plan de salud del mañana es sólo un escalón en el camino hacia el futuro de la salud, un futuro para el que los planes de salud deberían comenzar a prepararse tomando decisiones estratégicas ahora. Al final de los tres ciclos de innovación, los modelos de negocio existentes habrán cambiado drásticamente. Las organizaciones de atención de la salud y su propuesta de valor, tal como las pensamos hoy en día, cambiarán radicalmente para apoyar la nueva economía de la salud.

# Reimaginando los modelos de negocio de los planes de salud

**A**LGUNOS PLANES DE SALUD líderes ya están revisando sus operaciones, ya sea en respuesta o junto con los nuevos participantes que irrumpen en los modelos de negocio tradicionales en todos los niveles.

Estas organizaciones están cambiando su enfoque para satisfacer las demandas de los consumidores en torno al bienestar y la atención conveniente.

Los planes de salud se enfrentan a la competencia de dos partes: disruptores que ingresan en la atención de salud y sistemas de salud innovadores que están dispuestos a reinventar sus modelos.

Los disruptores, empresas emergentes de seguro médico basado en datos, las empresas tecnológicas y las organizaciones fuera de la industria son los principales impulsores de esta transformación. Estas organizaciones pueden provenir o tener capacidades de diferentes industrias (ver la barra lateral, "¿Quién ganará en el futuro del seguro médico?"). Muchos sistemas de salud, por otro lado, están desarrollando capacidades para asumir riesgos, asumir nuevos modelos de pago y construir capacidades basadas en tecnologías digitales. Estas organizaciones ofrecerán cada vez más servicios directos al consumidor y se asociarán directamente con el pagador del

## ¿QUIÉN GANARÁ EN EL FUTURO DEL SEGURO MÉDICO?

### *Los titulares tienen una oportunidad*

Los actores tradicionales pueden actuar como *líderes innovadores del mercado, impulsando la transformación, o resistir el cambio y la irrupción.*

- Los titulares tienen ventajas incorporadas que les ayudan a innovar, como la *experiencia en el cuidado de la salud, la excelencia operativa a gran escala, las bases de consumidores específicas y las asociaciones existentes.*
- *Pero pueden ser resistentes al cambio debido a la suposición de que estas ventajas ayudarán a evitar la irrupción.*

### *... mientras los disruptores se adelantan*

Las empresas de datos orientadas al consumidor de fuera de la industria están *corriendo para hacerse un espacio en la industria de los seguros médicos.*

- Se trata de empresas ágiles libres de las limitaciones que vienen con organizaciones complejas construidas en torno a modelos de negocio tradicionales.
- Exponen una comprensión de las preferencias de los consumidores, la voluntad de ofrecer diferentes modelos clínicos y un uso generalizado de tecnologías emergentes para estas iniciativas, incluida la experiencia en datos y analítica.

**Las decisiones de los titulares determinarán si los disruptores estarán dispuestos a asociarse con ellos en la transformación o si competirán e irrumpirán en sus modelos de negocio.**

empleadores y gubernamentales para sacar a los planes de salud de sus corrientes tradicionales de ingresos. Si bien ninguno de estos modelos de negocio se ha adoptado a escala, se está produciendo una transformación más amplia.

El Centro Deloitte de Soluciones para la Salud buscó pintar una imagen más clara de cómo

(consulte la barra lateral "Metodología" para obtener más información). Los expertos que invitamos a participar coincidieron en que probablemente habrá ganadores y perdedores; los planes de salud que ya han progresado pueden tener una ventaja por moverse primero, lo que obliga a los competidores a transformarse o perecer.

## METODOLOGÍA

El Centro Deloitte de Soluciones para la Salud llevó a cabo una investigación de participación colectiva, utilizando una plataforma en línea para solicitar opiniones y permitir que los participantes compartieran reacciones entre sí en octubre de 2018. Participaron 28 expertos de los campos de la atención de la salud, las políticas y la tecnología.

Durante cuatro días, hemos pedido a los expertos que presenten y discutan casos de uso para el próximo ciclo de innovación, centrándose en cuatro áreas clave:

- **Centricidad del cliente.** ¿Cómo pueden los planes de salud estar más centrados en los miembros que hoy?
- **Innovación.** ¿Cómo cambiarán los modelos de negocio?
- **Colaboración.** ¿Qué tipo de socios de colaboración y capacidades se requerirán?
- **Excelencia en las operaciones.** ¿Cómo pueden los planes de salud funcionar de manera más eficiente a la par con los modelos de negocio más nuevos?

## LOS QUE ACTÚAN PRIMERO



Empresas de industrias adyacentes y de otras industrias están entrando en el mercado de seguros de salud. Algunos nuevos participantes son empleadores que aspiran a ahorrar dinero en costos de atención médica. Por ejemplo, Amazon, JPMorgan Chase y Berkshire Hathaway anunciaron que estaban creando una empresa conjunta para revisar la forma en que brindan atención médica a sus 1,1 millones de empleados en conjunto.<sup>2</sup> Si bien poco se sabe acerca de las áreas de enfoque iniciales de la empresa, la contratación de un cirujano innovador y líder de pensamiento médico como Director ejecutivo y un ejecutivo de tecnología de la salud como Director de operaciones indica que las empresas están atrayendo fuentes externas para asegurarse de que tienen a expertos en atención de la salud liderando sus iniciativas.

Mientras que la empresa conjunta creada por estas compañías podría ser significativa, especialmente para ver si otros grandes empleadores comienzan a seguir su ejemplo y cómo, la propia Amazon ha iniciado esfuerzos para hacerse de su propio rincón de la industria de la salud. Estos incluyen alterar la forma en que las clínicas y los hospitales administran su cadena de suministro, ayudar a las organizaciones de salud a trasladarse a la nube y llevar la atención médica a los hogares de las personas con servicios de voz como Alexa y Echo. Su reciente adquisición de PillPack también forma parte de estos esfuerzos.<sup>3</sup>

lora Health, un proveedor que atiende principalmente a la población de Medicare, decidió construir su propio sistema de registro electrónico de salud (RES) desde cero. Chirp, su nuevo sistema, les ayudó a cambiar desde la recopilación de información del paciente para facturación, codificación y encuentros a documentar la historia de un paciente para administrar y coordinar mejor la atención. Chirp también fue diseñado para ayudar a los equipos clínicos a cuidar poblaciones de pacientes, incluyendo aplicaciones para ayudar a manejar tareas y enfatizar la comunicación del paciente. Cuenta con un portal orientado al paciente que es fácil de usar en teléfonos móviles.<sup>4</sup> En 2017, Wellcare de Connecticut se asoció con lora para proporcionar atención a sus miembros de Medicare Advantage (MA), citando la plataforma de cuidado colaborativo de lora como parte integral de la decisión.<sup>5</sup>

Walmart, el mayor empleador de los Estados Unidos, también ha comenzado a adentrarse en la industria del cuidado de la salud. Además de operar farmacias en la mayoría de sus tiendas, Walmart también ha comenzado a centrarse en los costos de atención médica de sus asociados, incluidos los que están en el extremo inferior del espectro de ingresos. En 2016, Walmart anunció que había agregado las instalaciones de la Clínica Mayo a su lista de Centros de Excelencia; solo las instalaciones de atención de salud que se enfocan en pautas basadas en evidencias para realizar cirugías y compensan a los cirujanos en función de la idoneidad y la calidad logran ingresar en esta lista.<sup>6</sup>



# Transformación de modelos de negocios para satisfacer las demandas de los consumidores mediante datos interoperables y tecnologías digitales

## Los planes de salud simplificarán el bienestar y la atención utilizando datos multidimensionales y tecnologías emergentes

Tradicionalmente, los planes de salud han estructurado su negocio en torno a la gestión de las solicitudes de inscripción y de pago. Sin embargo, es probable que este modelo de negocio cambie. Los expertos predijeron que el plan de salud del mañana cambiaría para enmarcar su modelo de negocio en torno a mantener el bienestar de los miembros y mantenerlos sanos, física y mentalmente. Además, la comodidad será la reina: cuando los miembros necesiten atención, tendrán acceso a ella en sus propios términos a través de sus canales preferidos, ya sea en persona o a través de la tecnología. Para lograr eso, los expertos se centraron en debatir los siguientes asuntos clave.

## ¿Cómo se verán los productos del plan de salud del mañana?

¿Por qué mi deducible es tan alto? ¿Por qué me cobraron diferentes copagos por el mismo tipo de visita? ¿Por qué no puedo contactar fácilmente a una persona para que me ayude a entender

mi factura? Con estas preguntas y más, los consumidores a menudo se quejan de su lucha por entender cómo funciona su seguro y por qué algunos servicios que valoran no están cubiertos. Es probable que los planes de salud aborden estas preocupaciones simplificando la cobertura y adaptándola a los consumidores individuales.

La mayoría de los expertos esperan que los productos de planes de salud se vuelvan hiperpersonales, permitiendo a los consumidores personalizar lo que compran. Utilizando información generada a partir de múltiples fuentes de datos, los planes de salud tendrán como objetivo ser financistas individualizados que sugerirán productos basados en las necesidades de atención médica de una persona. Sin embargo, algunos expertos plantearon la preocupación de que esa personalización pudiera dar lugar a problemas financieros con la selección de riesgos. Una forma de abordar este problema sería estructurar las características de personalización como complementos a los productos principales.

"El plan de salud de mañana va a ser mucho más 'amigable' con el consumidor" que el plan de salud de hoy. Esto no va a ser sólo un tema de transparencia de costos o diseño de beneficios, sino un poco de 'todas las anteriores'. Va a ser sobre el uso de datos y todas las cosas que sabemos sobre un individuo para poder personalizar el plan a sus necesidades".

— Ejecutivo de consultoría de salud

## LOS QUE ACTÚAN PRIMERO



La herramienta "Engage" de Anthem, lanzada en 2017, es una plataforma digital integrada que los miembros pueden personalizar para crear una experiencia personalizada. Conecta los datos de beneficios del plan de salud con datos clínicos y de reclamaciones individuales. Engage también captura los datos de bienestar de los miembros extraídos de las aplicaciones de salud y bienestar. Además, Engage proporciona herramientas de comparación de precios para ayudar a los miembros a tomar mejores decisiones de costos y calidad.<sup>7</sup>

Además de la innovación de productos, los planes de salud también se centrarán en mejorar la experiencia asistencial de los miembros. Los planes de salud guiarán activamente a los miembros a lo largo de su recorrido asistencial a través de experiencias altamente táctiles habilitadas por herramientas digitales. Estas herramientas ayudarán a responder lo que más les importa a los miembros, ya sean sus necesidades de atención, seleccionar un proveedor, los costos esperados o la facturación, utilizando un lenguaje que entiendan. Estas plataformas, impulsadas por inteligencia artificial (IA) y analítica, serán fácilmente accesibles a través de aplicaciones móviles, portales o incluso en ubicaciones físicas.

## ¿Cómo los planes de salud involucrarán e influirán a los miembros?

La activación de los miembros (alentar a las personas a comprender y administrar su propia salud) será crucial para lograr el objetivo de mantener el bienestar de los miembros, según los expertos. Los planes de salud adoptarán cada vez más tecnologías "ubicuas", como sensores y ponibles, para ayudar a los miembros a monitorear su salud de manera oportuna y consistente. Además, características como el coaching virtual y las comunidades de pares ayudarán a los miembros a comprender los datos y sus implicaciones para la salud. La activación es particularmente útil para los miembros con afecciones crónicas.

"Sospecho que los planes de salud estarán mucho más orientados al bienestar. No solo habrá incentivos para vivir un estilo de vida más saludable, sino también apoyo y ayuda. Se hará lugar a la ludificación. Todos sabemos que el cambio de comportamiento es difícil, pero eso es lo que se requiere si queremos ser más saludables (lo cual es más rentable en última instancia para los planes de salud)".

— Brand consultant

## LOS QUE ACTÚAN PRIMERO



UnitedHealthcare se asoció con DexCom, un fabricante de sistemas de monitoreo de glucosa, y Fitbit, el fabricante

de ponibles, para proporcionar ayuda en tiempo real a sus miembros con diabetes. Los miembros de este programa piloto recibieron coaching personalizado sobre diabetes para ayudarles a entender y reaccionar ante los datos recopilados por ambos dispositivos. Juntos, estos dispositivos están empoderando a los miembros para administrar mejor su salud.<sup>8</sup> UnitedHealthcare espera que el programa mejore la adherencia y reduzca el uso de medicamentos en poblaciones con esta enfermedad crónica.

Otra forma en que los expertos pensaron que los planes de salud orientarán el comportamiento de los miembros hacia el bienestar es mediante la ludificación. Más planes de salud recompensarán a sus miembros por mantenerse en forma. Por ejemplo, Humana, como parte de su estrategia de bienestar de próxima generación, entrega a los miembros participantes registradores de actividad física y, una vez completados los objetivos.<sup>9</sup>

## ¿Cuáles son los facilitadores de esta transformación?

Los datos, la interoperabilidad y las nuevas herramientas de las tecnologías emergentes utilizadas para interpretarlos serán el ingrediente secreto a la hora de simplificar el bienestar y el cuidado de los miembros. Los expertos opinaron que el éxito de todas las iniciativas del plan de salud dependerá de la calidad y puntualidad de los datos procedentes de diversas fuentes.

Los planes de salud habrán separado el tesoro de los grandes datos de la basura y lo habrán organizado de tal manera que ya no serán prisioneros de los datos de salud unidimensionales y rezagados de los miembros. (Consulte la Figura 1). Los planes de salud trabajarán con los miembros para acceder a los registros de salud específicos generados a partir de dispositivos más nuevos, como los portátiles. Además, a medida que las tecnologías de secuenciación genómica se vuelvan más baratas y accesibles, una historia genética más rica ayudará a los planes de salud a obtener más información sobre la salud de los miembros. Además de los datos sobre salud, los planes de salud también vincularán las actitudes generales y los patrones de compra de los consumidores, y los determinantes sociales de la salud para comprender mejor las necesidades y preferencias de sus miembros y personalizar los productos y experiencias.

"Los datos de los planes de salud siempre miran al pasado. A menudo carecen de información significativa sobre factores sociales, emocionales y económicos (determinantes sociales de la salud). Además, para muchas afecciones crónicas, hay muchas opciones de tratamiento, cada una con su propia historia de beneficios relativos, costos y riesgos. La recopilación de datos de todas estas fuentes con la orientación de expertos guiaría a los miembros del plan hacia una atención más eficaz para ellos."

— Ejecutivo de medicina personalizada

FIGURA 1

## Los datos holísticos de los miembros permiten la personalización de las ofertas



Fuente: Análisis Deloitte.

A medida que los consumidores emergen como uno de los principales administradores de datos, no todos se sentirán cómodos compartiendo sus datos con los planes de salud debido a las preocupaciones sobre el posible uso indebido. Además de crear capacidades de seguridad, los planes de salud querrán educar a sus miembros sobre los posibles beneficios del intercambio de datos y aliviar sus preocupaciones para aumentar el nivel de comodidad y confianza necesario para acceder a sus datos.

## LOS QUE ACTÚAN PRIMERO



"*Hacemos seguros de salud de manera diferente*", dice el eslogan en su página de inicio.

**Oscar Health, lanzado en el otoño de 2013**, ha tratado de estar a la altura de esta frase abordando el seguro de salud de manera diferente a sus pares tradicionales de dos maneras principales.

### ***Productos más simples y personalizados***

Oscar guía a los clientes a través del proceso de selección de productos haciéndoles algunas preguntas directas y ofreciendo recomendaciones personalizadas, una a la vez. Cuando se dieron cuenta de que al inundar a los usuarios con demasiadas opciones se aumenta la probabilidad de que abandonen el proceso, Oscar presenta solo la información más crítica para cada cliente en un lenguaje fácil de entender. Los detalles se ocultan como un menú desplegable para garantizar que los consumidores no estén sumergidos en información que no buscan.

### ***Miembros activados***

Oscar se centra en el involucramiento individual de los miembros, con incentivos para estar sanos y tomar medidas para mantener y mejorar la salud. Proporciona a cada cliente una banda de actividad física Misfit para realizar seguimiento de la actividad física y los patrones de sueño y establecer objetivos de actividad física individualizados. Incentiva financieramente la finalización de los objetivos.

Los miembros pueden buscar cualquier cosa que quieran en una barra de búsqueda similar a Google, ya sea información sobre el costo, las condiciones o incluso los médicos. Su algoritmo basado en AI garantiza que la plataforma reconozca la pregunta subyacente según las descripciones cotidianas. Por ejemplo, al buscar "me duele el estómago", se muestran resultados para el cuidado de condiciones como indigestión y dolor abdominal.

Aunque estos son todavía días precoces para la compañía, Oscar afirma que tiene una de las tasas de involucramiento de los miembros más altas de la industria. El 41% de los miembros de Oscar recurren a sus aplicaciones web y móviles cada mes. Además, es fácil para los miembros administrar su atención en línea. Sesenta y tres por ciento de las interacciones de los miembros con el sistema de atención médica son virtuales, lo que reduce los costos de atención médica.<sup>10</sup>

# Preparándose para el ciclo final

ESTA VISIÓN del plan de salud del mañana es sólo un escalón hacia el futuro de la salud. El grupo estuvo de acuerdo en que al final de los tres ciclos de innovación, el enfoque de los líderes del mercado girará en torno a tres funciones fundamentales que serán los impulsores de valor del nuevo ecosistema de salud.

"La asociación colaborativa más importante que asegurará el éxito de los planes de salud es en realidad una tríada de pacientes, pagadores y proveedores, centrándose en el valor. La medición del valor (resultados y costos) es quizás el paso más importante para mejorar la atención de la salud, especialmente entre estas partes interesadas".

— Ejecutivo de consultoría de salud

## Bienestar y prestación de atención.

Tradicionalmente, los planes de salud han dependido de médicos y hospitales para prestar atención. A medida que los sistemas de salud asuman riesgos financieros, podrían dejar de intermediar los planes de salud. Hubo un sólido acuerdo entre el grupo en el sentido que las empresas no tendrán éxito sin asociaciones con los sistemas de salud y los médicos. Hoy en día, algunos de los mayores planes de salud están invirtiendo en la prestación de la atención; los mayores planes de salud se han asociado en empresas conjuntas para la adquisición de hospitales con proveedores de atención postaguda, grupos médicos y proveedores de salud conductual. Los planes de salud sin vínculos estrechos (integración vertical, verdadera asociación, propiedad o control) con los proveedores tendrán más dificultades para influir en las decisiones en el momento cuando se entregan los cuidados.



El tipo de asociaciones y colaboración dependerá de las rutas que elijan los planes de salud, ya sea que quieran ser proveedores de bienestar y atención centrados en el consumidor, virtuales, y en el hogar o en centros de salud localizados para garantizar la prevención y el tratamiento en un entorno minorista localizado. Los planes de salud también pueden optar por ser operadores de atención especializada cuando el bienestar y la atención domiciliaria puedan dejar de ser una opción para los miembros.

## Facilitamiento del cuidado

El plan de salud actual sigue en gran medida en el negocio de cobrar primas, gestionar y diversificar el riesgo y pagar las reclamaciones. Los expertos del grupo imaginaron modelos de negocio que cambian su enfoque hacia la creación de productos que satisfagan las nuevas demandas de los consumidores. Las nuevas tecnologías que se describen a continuación tienen el potencial de permitir una atención de mayor calidad a menor costo, racionalizar los procesos y lograr mejores resultados. A medida que este enfoque cambia, el papel de "agente" que los planes de salud han llegado a conocer en el mercado de hoy también cambiará.

## EARLY MOVERS



A principios de 2018, la Clínica Mayo anunció el lanzamiento de su negocio de seguros médicos a nivel nacional en asociación con Medica. La empresa se asociará con los sistemas locales de atención médica para la atención estándar, pero los pacientes también tendrán acceso a los servicios de atención especializada de la Clínica Mayo para tratamientos más complejos. Al combinar la experiencia clínica de la Clínica Mayo con las plataformas tecnológicas y el modelo de servicio al cliente de Medica se llevarán productos enfocados en el consumidor hacia el mercado, indican las empresas.<sup>11</sup>

Geisinger, otra empresa innovadora que atiende a 1,5 millones de pacientes en Pensilvania y New Jersey, también ha comenzado a cambiar su modelo. El plan de salud de Geisinger cuenta con más de 500.000 pacientes en su red. Más recientemente, Geisinger se asoció con Connecture para construir una plataforma integral de compras para ayudar a los miembros de Medicare a seleccionar el mejor plan.<sup>12</sup> Geisinger es conocida desde hace tiempo por sus plataformas tecnológicas destinadas a aumentar el compromiso y la satisfacción de los pacientes.<sup>13</sup>

Los sistemas de salud también están aprovechando la oferta de sus planes de salud y su experiencia para servir a ciertos tipos de poblaciones. Con profunda experiencia en el servicio a los usuarios de Medicaid en Nuevo México, los Servicios Presbiterianos de Salud (PHS) establecieron Fluent Health en 2016. Fluent Health tiene como objetivo asociarse con organizaciones proveedoras para atender a las poblaciones de Medicaid fuera de Nuevo México. En 2017, Fluent Health se asoció con 11 sistemas de salud de Carolina del Norte para proporcionar servicio al cliente, procesamiento de reclamaciones, comunicación con los miembros y servicios de gestión de atención para los usuarios de Medicaid del estado. Fluent Health aprovechará la experiencia de atención administrada de PHS en un sistema integrado para asociarse con los sistemas de salud de todo el país que buscan iniciar o fortalecer sus propios planes de salud.<sup>14</sup>

"Los consumidores exigirán más flexibilidad y más opciones y los planes de salud tendrán que cumplir; desde modelos de suscripción a servicios de salud 'ejecutivos' para aprovechar la economía de eventos, emparejando sin interrupciones a pacientes con proveedores".

— Consultor de marca

## Datos y plataformas

En el futuro de la salud, los datos y plataformas radicalmente interoperables alimentarán nuevos modelos de negocio y capacidades predictivas de salud. Los planes de salud pueden optar por convertirse en convocadores de datos y/o constructores de plataformas. Las operaciones y los procesos se basarán en una base de tecnologías emergentes, como IA, análisis predictivo, automatización, cadena de bloques y computación en la nube. Esto ayudará a los planes de salud a aprovechar nuevos flujos de ingresos a través de la monetización de datos,

personalización de las ofertas e iniciativas en materia de salud de la población. Los flujos de ingresos podrían incluso provenir de la monetización de nuevas formas de reducir la variación (en informes financieros, sistemas de tecnología de la información, vías de tratamiento y adquisiciones), formación enfatizada de equipos (para proporcionar continuidad de la atención y reducir errores dañinos y evitables) y en la producción de resultados en lugar de facturar servicios (a medida que el modelo de reembolso cambia), todo a través de datos.

"En el corto plazo, influir en el comportamiento del consumidor a través de coaching, incentivos y educación tendrá el mayor impacto. Al unir los silos de datos y liberar los datos para la investigación de los innovadores académicos y de la industria, los planes de salud tendrán acceso a herramientas innovadoras que hacen que la atención sea más asequible".

— Experto en salud digital

Pero estas tecnologías ya no serán diferenciadoras como lo son hoy. El grupo estuvo de acuerdo en que estas tecnologías serán esenciales para las operaciones. Los planes de salud que deseen participar en este espacio tendrán que aprovechar más tecnologías avanzadas para crear eficiencias operativas que sustenten mejores resultados con menores costos. Es posible que no exista la opción de no adecuarse, ya que los nuevos participantes construirán operaciones desde cero, poniendo a los jugadores tradicionales en riesgo de perder negocio.

Ya algunos de los principales planes de salud están diversificando sus fuentes de ingresos. Una tendencia significativa es la de los planes de salud que compran gestores de beneficios farmacéuticos (PBM). Estos acuerdos a menudo han traído consigo importantes flujos de ingresos, ahorros en costos de medicamentos, datos para obtener información y ubicaciones físicas en forma de farmacias minoristas.

## ¿Dónde encontrarán los planes estas capacidades?

"¿Comprar, compartir o construir?" es una pregunta que muchos líderes de planes de salud enfrentarán al comenzar este viaje de transformación. Y el acceso a estas capacidades puede requerir un enfoque independiente de la industria. A medida que los nuevos

actores rompen las reglas alrededor de quién desempeña qué papel en la industria, es posible que los planes de salud necesiten buscar respuestas recurriendo a lo que hoy podrían considerarse como compañeros atípicos: competidores, proveedores, fabricantes, empresas de tecnología, empresas del sector transaccional y/ u otras industrias (minoristas, seguros de vida, etc.). Por ejemplo, pocos pueden haber esperado que una empresa que comenzó vendiendo libros en línea finalmente fijara sus ojos en irrumpir en la cadena de suministro de atención médica. Para aquellos con acceso al capital, la integración vertical y horizontal a través de inversiones estratégicas (en particular a través de los fondos de capital riesgo que muchos planes patrocinan ahora) y las adquisiciones pueden ser el camino correcto. Para aquellos con menos capital para usar, la colaboración puede ser el camino a seguir. Esto podría venir en forma de alianzas estratégicas o afiliaciones.

"Tecnológicamente, la industria del cuidado de la salud está tan detrás de la curva que las mejores asociaciones que podrían buscar son los tecnológicamente avanzados, creativos y analíticos; capaces de sintetizar grandes cantidades de datos y obtener resultados significativos y útiles".

— Ejecutivo de innovación y operaciones  
clínicas

## LOS QUE ACTÚAN PRIMERO



Omada Health, una empresa digital naciente de medicina del comportamiento, ha hecho avances iniciales en el mercado tradicional de prestación de atención, aprovechando las relaciones con muchos pagadores diferentes, tanto los planes de salud tradicionales como los grandes empleadores, para proporcionar Prevent, su programa de control de la diabetes y del peso para los miembros y empleados.

Los socios de Omada incluyen Humana, Kaiser Permanente, Lowes y Costco.<sup>15</sup> Humana también ha invertido en capacidades de alto contacto para llegar a su población de Massachussets a través de una asociación con lora Health (ver la barra lateral "Los que actúan primero" en la página 6). Y en 2016, Humana realizó una inversión estratégica de capital en Livongo Health, una empresa de salud digital que ofrece coaching y soluciones tecnológicas enfocadas al consumidor, especialmente en el manejo de enfermedades crónicas.<sup>16</sup>

Las ideas también podrían provenir de nuevas áreas o industrias adyacentes. Por ejemplo, Lemonade, una compañía de seguros de vivienda y alquiler fundada en 2016, buscó sacudir un mercado que no había visto irrupciones significativas durante años. Lemonade cobra a los miembros una cuota fija en lugar de una prima. Dice que esto crea un incentivo para que procese las reclamaciones más rápido, ya que no tiene nada que ganar retrasando o negando las reclamaciones. Además, las primas no reclamadas de los miembros se destinan a la caridad en lugar de ser beneficios para la empresa. La compañía ha construido todo su negocio desde el suelo, basado en la tecnología. Su cofundador, Shai Wininger, ha dicho: "Lemonade es una compañía tecnológica involucrada en seguros; no una aseguradora que crea una aplicación".<sup>17</sup> Las reclamaciones se presentan a través de testimonios de vídeo en lugar de formularios, se utilizan robots para procesar la reclamación y existen procesos automatizados de revisión y verificación antes de realizar el pago final. Curiosamente, Lemonade ha capturado un mercado al que ha sido difícil de vender en el pasado: los adultos jóvenes. La mayoría de sus miembros tienen entre 25 y 44 años, y el 87 por ciento de ellos nunca había adquirido un seguro de vivienda previamente.<sup>18</sup>



# Sobrevivir o prosperar en los ciclos de innovación

**A**LGUNOS PLANES DE SALUD están innovando hoy. Otros, sin embargo, están llevando a cabo los negocios como de costumbre, esperando una señal clara de que la marea ha cambiado. Pero esa señal clara puede que nunca llegue, ya que el cambio ocurre a menudo de forma incremental. Los planes de salud que pretenden iniciar el camino hacia la transformación radical deberían considerar cómo:

## Crear una cultura de transformación del modelo de negocio

En el futuro, sólo los planes que rompan las restricciones internas que los frenan habrán sobrevivido. Algunos planes principales ya están haciendo esto, pero son pocos. Es esencial que el liderazgo de los planes de salud reconozca la inminente transformación e impulse este mensaje a través de las empresas. –La comunicación, la aceptación de los empleados y la voluntad de aprender serán clave para una cultura de cambio exitosa.

## Cambiar el enfoque a las inversiones de capital inteligentes

Los planes de salud tendrán que superar los problemas relacionados con la tecnología heredada que, hasta la fecha, ha hecho que la introducción de nuevos modelos de negocio e ingresos sea lenta y torpe. Los planes de salud tendrán que invertir cada vez más en tecnologías que sean ágiles y dinámicas y apoyen modelos de pago cambiantes. Esto ayudará a que las organizaciones sean más ágiles y les permitirá evaluar y aprender rápidamente. Sin duda, esta transformación requerirá capital, ya sea para fusiones o adquisiciones de empresas que hayan desarrollado capacidades analíticas diferenciadas o para comprarlas como servicios de suscripción.

Es probable que la mayoría de estas inversiones requieran de un pago por anticipado. A corto plazo, los retornos pueden variar. Sin embargo, a largo plazo entregarán rendimientos en la forma de una mejor salud y bienestar de los miembros, flujos de ingresos diversificados y mejoras en la eficiencia operativa.

Los planes de salud deberían considerar invertir en tecnologías emergentes para apoyar esta transformación. Esto puede incluir, pero no se limita a lo siguiente:

- **A y analítica.** El análisis predictivo y los algoritmos, el aprendizaje automático y el aprendizaje profundo pueden ayudar en áreas como guiar intuitivamente a los consumidores hacia los mejores proveedores, mejorar el procesamiento de reclamaciones, contabilidad y fijación de precios personalizados y detección de fraudes.
- **Automatización.** Las herramientas de automatización que incluyen robots de chat y automatización de procesos robóticos pueden ayudar a reducir los gastos de soporte al cliente y los procesos de backend, como la adjudicación de reclamaciones y la facturación.
- **Cadena de bloques.** La cadena de bloques puede ayudar enormemente en áreas como la gestión del consumidor y la implementación de información de salud personal segura, la gestión de contratos de proveedores inteligentes, el mantenimiento de directorios de proveedores y la detección de fraudes.
- **Nube.** La proliferación masiva de datos y los requisitos de comunicación dependerán de operaciones rentables y seguras a través de la computación en la nube.

## Preparar y planificar el talento 2.0

A medida que los planes de salud transforman su negocio, el uso de nuevas tecnologías requerirá que el personal actual aprenda nuevas habilidades para administrar y trabajar con estas tecnologías. Los planes también tendrán que aumentar su

fuerza laboral actual con nuevos talentos. Las empresas deberán asegurarse de que sus equipos pasen de estar dedicados a revisar y procesar reclamos individuales a gestionar y revisar los resultados de la tecnología automatizada que realiza esas tareas.

Además, los equipos de datos y la analítica ya no estarán alojados dentro de funciones individuales que apoyan un solo mercado. En su lugar, abarcarán varias funciones, alimentando datos de una multitud de fuentes para apoyar a los equipos de atención y de reclamaciones. Los planes de salud deben establecer procesos para que los datos sean enviados a las organizaciones de prestación de cuidados o de gestión, en lugar de proporcionarlos cuando se consultan, para construir visiones de 360 grados de pacientes y poblaciones miembros.

## Infundir políticas y prácticas de gobernanza de datos estrictas, pero activas

A medida que los planes de salud funcionan con un número cada vez mayor de datos, requerirán una sólida filosofía de gobernanza de datos de adquisición, administración y seguridad de datos. Esto requerirá un cambio cultural, ya que tanto los sectores empresariales como de informática de la organización tendrán que unirse para definir los elementos de datos y las reglas que rigen estos datos en todas las aplicaciones basadas en estándares ampliamente aceptados como Fast Healthcare Interoperability Resources (FHIR). Además, los nuevos modelos de gobernanza tendrán que ser ágiles para adaptarse a las nuevas tendencias. La capacidad de adaptación rápida de los planes será un diferenciador clave en el futuro, en lugar de la norma actual en el que las empresas tardan años en desarrollarse y ejecutar cambios estratégicos en su infraestructura de informática.

## Monitorear los riesgos presentes y predecir los futuros

Los nuevos modelos de negocio vienen inevitablemente con un nuevo riesgo. Una mayor dependencia de los datos exigirá mayores esfuerzos para garantizar su exactitud. Los asuntos regulatorios y de cumplimiento también cambiarán a medida que los organismos gubernamentales traten de proteger a los consumidores y a las empresas de cualquier daño, ya sea relacionado con la privacidad y la seguridad o con cambios más amplios en la economía. Por último, las empresas tendrán que evolucionar continuamente sus políticas y planes en torno a la ética y la capacidad de rendición de cuentas para asegurarse de que protegen a las personas a las que atienden.

## Conclusión

Esta visión para el plan de salud del mañana es sólo un escalón hacia el futuro de la salud, un futuro para el que los planes de salud deben prepararse tomando decisiones estratégicas ahora. Al final de los tres ciclos de innovación, los modelos de negocio existentes habrán cambiado drásticamente. Las organizaciones de salud como las pensamos hoy en día serán redefinidas para servir a un nuevo ecosistema de salud. Como tal, la propuesta de valor tradicional del plan de salud se verá desafiada para sobrevivir, y los ejecutivos de planes de salud tendrán pocas otras opciones salvo cambiar. En última instancia, las organizaciones que lo hagan con éxito tendrán la oportunidad de sobrevivir y, finalmente, prosperar en la nueva economía de la salud.

# Notas finales

1. Deloitte Insights, *Deloitte 2018 survey of US health care consumers*, Deloitte Center for Health Solutions, accessed January 17, 2019.
2. Julie Spitzer, "Amazon, JPMorgan, Berkshire venture to start small, tackle tech first, Dimon says," *Becker's Hospital Review*, July 31, 2018.
3. Christina Farr, "As Amazon moves into health care, here's what we know—and what we suspect—about its plans," *CNBC*, March 27, 2018.
4. Iora Health, "The birth of Chirp: Why we built our own electronic health record," accessed January 17, 2019.
5. PR newswire, "WellCare of Connecticut and Iora Health announce partnership to improve care and outcomes of WellCare Medicare members," *Business Insider*, September 6, 2017.
6. Walmart, "The right care at the right time: Expanding our centers of excellence network," accessed January 17, 2019.
7. Business Wire, "Anthem Blue Cross to launch integrated digital benefits and health engagement platform," October 19, 2017.
8. Lulu Chang, "Managing Type 2 diabetes gets easier thanks to UnitedHealthcare and Dexcom," *Digital Trends*, January 18, 2018; Jasmine Pennic, "UnitedHealthcare, Dexcom launch wearable glucose management pilot," *HIT Consultant*, January 12, 2018.
9. Paul Sisolak, "Can a fitness tracker help you save on health insurance?," *Policygenius*, January 11, 2017.
10. Oscar Health, "We do health insurance differently," accessed January 17, 2019; Firstround, "Simple design is what you need, not what you want," accessed January 17, 2019; AWS blog, "Oscar Health—A new kind of health insurance company, powered by AWS," accessed January 17, 2019; Nicholas Thompson, "Health care is broken. Oscar Health thinks tech can fix it," *Wired*, August 14, 2018.
11. John Commins, "Mayo Clinic, Medica to launch joint insurance plans," *HealthLeaders Media*, September 2018.
12. Connecture, "Geisinger Health Plan signs multi-year deal with Connecture to expand strategic partnership," February 21, 2018.
13. Wylie Wong, "Mobile tools, innovative programs bolster patient engagement for providers," *Health Tech Magazine*, May 9, 2017.
14. Presbyterian Health Services, "Presbyterian Healthcare Services announces leader for new fluent health business," July 31, 2017; Steve Sinovic, "Presbyterian finalizes partnership in North Carolina," *Albuquerque Journal*, September 29, 2017.
15. Omada Health, "Omada Health and Humana partner to reduce diabetes risk in people with Medicare," November 13, 2015.
16. Business Wire, "Humana invests in Livongo to transform diabetes management," May 10, 2016.
17. Michael Nixon, "Why the AI FOMO frenzy could be a commercial risk for motor claims management," LinkedIn, November 19, 2018.
18. Mark Prince, "Case study: Lemonade—A refreshing new approach to insurance," LinkedIn, accessed January 17, 2019.

## Acerca de los autores

**DAVID BIEL**, Deloitte Consulting LLP, es uno de los directores en la práctica de Ciencias de la Vida y Cuidado de la Salud de la firma con amplia experiencia en tecnología de la información. Tiene 26 años de experiencia en salud y tecnologías digitales, 24 de ellos con Deloitte. Actualmente se desempeña como líder Consultor nacional del Sector de Atención de Salud. En su rol, Biel se centra en impulsar la estrategia, el crecimiento y el rendimiento financiero de la práctica mediante el desarrollo de ofertas y capacidades de servicio, talento, estrategias de comercialización y relaciones con los clientes con los planes de salud, proveedores y actores del ecosistema globales y estadounidenses. Ha servido a numerosos clientes de atención médica en transformaciones empresariales operativas y habilitadas digitalmente durante varios años. Tiene su sede en Chicago.

**MAULESH SHUKLA**, Deloitte Services LP, es subgerente del Centro Deloitte de Soluciones para la Salud. Durante los últimos ocho años, la investigación de Shukla ha abarcado una amplia gama de temas en el ámbito de los planes de salud y los sistemas hospitalarios y sanitarios. Su investigación reciente se ha centrado en el desempeño financiero de los planes de salud, la experiencia del paciente y la transformación del cliente; la tecnología de la información en la atención de la salud, la innovación y la reforma del cuidado de la salud. Tiene un MBA de IBS, Hyderabad, India, y tiene su sede en Mumbai, India.

**CLAIRE BOOZER CRUSE**, Deloitte Services LP, es gerente de políticas de salud del Centro Deloitte de Soluciones para la Salud. Sus principales intereses de investigación son Medicare, Medicare Advantage, reforma de pagos, atención post-aguda y el mercado de seguros médicos individuales. Cruse obtuvo su licenciatura y su grado de administradora de negocios, además de un certificado en gerontología de la Universidad de Georgia y tiene una maestría en salud pública en política de salud de la Universidad George Washington. Tiene su sede en Denver.

# Reconocimientos

## EQUIPO DEL PROYECTO

**Wendy Gerhardt** proporcionó orientación crítica y apoyo al equipo de investigación a lo largo de los aspectos de alcance, investigación y escritura de este proyecto. **Ralph Judah, Casey Graves y Meenal Bagla** ayudaron a dar forma a la investigación a través de su experiencia y orientación. Kyle Sutter proporcionó apoyo al equipo de investigación al interactuar con el proveedor de participación colectiva a lo largo del proceso de recolección de datos.

Los autores quisieran agradecer a **Hanna Patterson, Sarah Shier, Jim Whisler, Jacqi Fifield, Balaji Bondili, Lauren Wallace, Samantha Gordon**, y a los muchos otros que contribuyeron al éxito de este proyecto.

# Acerca del Centro Deloitte para Soluciones de Salud

La fuente de nuevas perspectivas en la atención de la salud: El Centro Deloitte para Soluciones de Salud (DCHS), parte de la práctica de Ciencias de la Vida y Cuidado de la Salud de Deloitte LLP, analiza más a fondo los problemas más importantes de la industria y proporciona nuevas ideas en torno a desafíos complejos. La investigación de vanguardia y los análisis que invitan a la reflexión proporcionan a nuestros clientes los conocimientos que necesitan para ver las cosas de manera diferente y abordar el panorama cambiante. Para obtener más información sobre el DCHS y nuestra investigación, visite [www.deloitte.com/centerforhealthsolutions](http://www.deloitte.com/centerforhealthsolutions).

## Contactos

### **David Biel**

Director  
Deloitte Consulting,  
+1 312 486 2397  
dbiel@deloitte.com

### **Sarah Thomas, MS**

Director General  
Centro Deloitte de Soluciones para la Salud  
Deloitte Services LP  
+1 202 220 2749  
sarthomas@deloitte.com



# Deloitte.

## Insights

Regístrese para recibir actualizaciones de Deloitte Insights en:

 Siga a @DeloitteInsight

### Colaboradores de Deloitte Insights

**Editorial:** Ramani Moses, Blythe Hurley, y Nairita Gangopadhyay

**Creativa:** Emily Moreano

**Promoción:** Alexandra Kawecki

**Diseño de portada:** Taylor Callery

### Acerca de Deloitte Insights

Deloitte Insights publica artículos originales, informes y publicaciones periódicas que proporcionan información para las empresas, el sector público y las ONG. Nuestro objetivo es aprovechar la investigación y la experiencia de toda nuestra organización de servicios profesionales, y la de coautores en el mundo académico y empresarial, para promover la conversación sobre un amplio espectro de temas de interés para ejecutivos y líderes gubernamentales.

Deloitte Insights es una marca de Deloitte Development LLC.

### Acerca de esta publicación

Esta publicación contiene sólo información general, y nadie de Deloitte Touche Tohmatsu Limited, sus empresas miembros, o sus afiliados están, por medio de esta publicación, prestando servicios contables, comerciales, financieros, de inversión, legales, fiscales, u otros servicios profesionales. Esta publicación no sustituye a dichos consejos o servicios profesionales, ni debe utilizarse como base para ninguna decisión o acción que pueda afectar a sus finanzas o su negocio. Antes de tomar cualquier decisión o tomar cualquier acción que pueda afectar sus finanzas o su negocio, debe consultar a un asesor profesional calificado.

Nadie de Deloitte Touche Tohmatsu Limited, sus empresas miembros o sus respectivos afiliados serán responsable de ninguna pérdida sufrida por cualquier persona que se base en esta publicación.

### Acerca de Deloitte

Deloitte se refiere a una o más empresas de Deloitte Touche Tohmatsu Limited, una empresa privada británica limitada por garantía ("DTTL"), su red de empresas miembros y sus entidades relacionadas. DTTL y cada una de sus empresas miembros son entidades jurídicamente separadas e independientes. DTTL (también conocido como "Deloitte Global") no proporciona servicios a clientes. En los Estados Unidos, Deloitte se refiere a una o más de las empresas estadounidenses miembros de DTTL, sus entidades relacionadas que operan utilizando el nombre "Deloitte" en los Estados Unidos y sus respectivas filiales. Algunos servicios pueden no estar disponibles para certificar a los clientes de acuerdo con las normas y reglamentos de contabilidad pública. Visite [www.deloitte.com/about](http://www.deloitte.com/about) para obtener más información sobre nuestra red global de empresas miembro.