

LA TRIPLE META PARA EL FUTURO DE LA SANIDAD

El sistema sanitario español, como muchos otros en el mundo, se enfrenta simultáneamente a los retos del envejecimiento de la población, al incremento en el número y complicaciones de las enfermedades crónicas y a unos recursos financieros limitados. Ante esta realidad y con un 9,3 por 100 del PIB dedicado al gasto en sanidad, son múltiples los debates sobre la sostenibilidad del sistema y la manera en que deberíamos repensarlo. En este contexto, Funcas ha decidido dedicar el número 142 de PAPELES DE ECONOMÍA ESPAÑOLA al sector sanitario.

Con este objetivo, **Núria Mas** y **Wendy Wisbaum** han coordinado este monográfico sobre la *Triple Meta* para el futuro de la sanidad, en el que se ofrecen argumentos que demuestran que el triple objetivo de mejor salud, mejores cuidados y menores costes es posible y que estamos mejor equipados que nunca para hacer frente a estos desafíos ya que contamos con mejor evidencia y con información más accesible y fiable.

Este número de PAPELES DE ECONOMÍA ESPAÑOLA responde al afán de reunir ejemplos tangibles, prácticos y concretos que ilustren y pongan en valor las mejores prácticas aplicadas en la implementación de la *Triple Meta*. El trabajo recoge los artículos de economistas y expertos en el sistema sanitario que reflexionan sobre aspectos clave a tener en cuenta para el futuro de nuestra sanidad. El volumen consta de doce artículos que se presentan agrupados en seis bloques. Los bloques se enfocan en temas críticos para abordar el actual escenario de la sanidad y sus retos pendientes.

**EL SISTEMA DE SALUD
ACTUAL NECESITA
REPENSARSE
SERIAMENTE**

El primer bloque, «Importancia de la *Triple Meta*», ofrece una visión general de la relevancia del triple objetivo de mejor salud, mejores cuidados y menores costes.

En el artículo que abre el número, **Núria Mas** (IESE Business School, Barcelona) y **Wendy Wisbaum** (Consultora independiente, Madrid) presentan el contexto actual de nuestro sector sanitario y los retos a los que se enfrenta. Explican por qué nuestro sistema de salud necesita repensarse seriamente para dar respuesta a las necesidades surgidas de este nuevo entorno y reflexionan sobre los pasos necesarios para hacer realidad la *Triple Meta*.

El artículo de **Rafael Bengoa** y **Patricia Arratibel** (Deusto Business School Health, Bilbao) hace hincapié en la importancia de la *Triple Meta* —que ha sido ya adoptada como marco estratégico de referencia en muchos países—. Los autores argumentan que su implementación requerirá una transformación del sistema en la que el liderazgo tiene que desempeñar un papel trascendental. Subrayan el rol fundamental de los directivos sénior ya que la *Triple Meta* requiere, además de un enfoque en la salud poblacional, una visión sistémica, responsabilidad normalmente de dichos directivos. Para ilustrar su argumento, los autores presentan ejemplos reales de implementación de estos cambios de seis países o regiones y extraen algunas lecciones.

El segundo bloque, «Cuidados basados en la evidencia», está dedicado a revisar el papel clave de la evidencia para la toma de decisiones en el sector sanitario.

**ES IMPORTANTE Y
POSIBLE MEJORAR LA
EFICIENCIA DE
LA PROVISIÓN
SANITARIA**

En el primer artículo de esta sección, **Marta Trapero Bertran** (Centro de Investigación en Economía y Salud, CRES-UPF, Universidad Pompeu Fabra, Barcelona), se concentra en la importancia de mejorar la eficiencia de la provisión sanitaria. La autora parte de la premisa de que más gasto no implica necesariamente mejor salud y pone el acento en la importancia del coste de oportunidad de los recursos disponibles, que nos obliga a utilizarlos de manera que podamos obtener el mayor valor posible con ellos. Trapero Bertran presenta un diagnóstico sobre los sistemas de salud de algunos países de la OCDE, con especial atención al caso español, destacando la importancia de la desinversión de prácticas inefectivas y la promoción de iniciativas que mejoren la eficiencia de los sistemas sanitarios.

Este bloque concluye con un ejemplo práctico y concreto de utilización de la evidencia para mejorar la salud, analizando la posible conveniencia de realizar cribado sobre la diabetes tipo 2, como plantea en su artículo **Jaana Lindström** (Instituto Nacional de Salud y Bienestar, Helsinki). En él, Lindström habla de la prevención como única estrate-

gia para atenuar el problema de la diabetes tipo 2, una enfermedad grave con una enorme carga económica y social. Muestra con un ejemplo concreto el razonamiento sobre la justificación o no de los programas de cribado. Así, defiende que los programas de cribado están justificados, pero solo si se orientan a identificar sujetos de alto riesgo de diabetes tipo 2 en el futuro. Para concluir, describe una herramienta sencilla y no invasiva, FINDRISC, para identificar sujetos con alto riesgo de desarrollar diabetes, los cuales se beneficiarán de asesoramiento sobre el estilo de vida como medio de prevenir la enfermedad.

En el tercer bloque del volumen, «Cuidados integrados», se argumenta como estos juegan un papel crítico para hacer frente a nuestros retos sanitarios actuales. **Nick Goodwin** (International Foundation for Integrated Care, IFIC, Londres) analiza en su artículo los problemas que se pretenden abordar con la coordinación de los cuidados a personas con dolencias médicas complejas y de larga duración y examina el potencial de los cuidados integrados para alcanzar los objetivos de la *Triple Meta*, ilustrándolo con el estudio de varios casos internacionales. El autor resume la evidencia práctica más reciente sobre prestación efectiva de cuidados integrados a personas mayores, concluyendo con un examen de siete estrategias interrelacionadas que se consideran necesarias para el «éxito» en los cuidados integrados.

El siguiente bloque, «Planificación e incentivos», desarrolla este aspecto considerado crucial para comprender las tendencias y las prioridades de los sistemas sanitarios.

El primer artículo de esta sección, de **Guillem López-Casasnovas** y **Natalia Pascual-Argenté** (Centro de Investigación en Economía y Salud, CRES-UPF, Universidad Pompeu Fabra, Barcelona), clasifica los sistemas sanitarios, describe las tendencias actuales y presenta el efecto que han tenido en el sistema sanitario de España los cambios recientes, además de los retos futuros a los que se enfrenta. El artículo parte de la clasificación de los sistemas en regulados, de provisión y producción públicas, y de provisión pública y provisión privada, para a continuación evaluar las tendencias y las transiciones que han experimentado recientemente. Dada la tendencia general hacia la cobertura universal, se apuntan los aspectos redistributivos y los ámbitos de investigación en Economía de la Salud que se deberían tener en cuenta cuando se quiere definir la genética de los sistemas. El artículo concluye con la valoración de los cambios recientes en el ADN del sistema sanitario español y la exploración de sus posibles evoluciones futuras.

Reinhard Busse y **Miriam Blümel** (Universidad Técnica de Berlín) abordan los nuevos sistemas de pago a proveedores sanitarios en seis países —Australia, Francia, Alemania, Países Bajos, Reino Unido y

LA COORDINACIÓN DE CUIDADOS A PERSONAS CON DOLENCIAS CRÓNICAS ES FUNDAMENTAL

HAY QUE ENTENDER LOS COMPONENTES DE LOS SISTEMAS SANITARIOS PARA ACTUAR

**ES NECESARIO
DESARROLLAR
FÓRMULAS DE PAGO
QUE INCENTIVEN TANTO
LA CALIDAD COMO LA
COORDINACIÓN DE LOS
CUIDADOS**

Estados Unidos— y, basándose en un marco conceptual desarrollado por los propios autores, examinan en qué medida dichos sistemas incluyen incentivos para la mejora de la coordinación y/o la calidad de los cuidados prestados. Aunque detectan indicios prometedores tanto con sistemas de pago enfocados a la coordinación de los cuidados como con los que priorizan la calidad, los países aún no se están planteando alcanzar ambos objetivos de forma simultánea. Ello lleva a los autores a subrayar la necesidad de combinar ambos enfoques mediante el desarrollo de fórmulas de pago que incentiven tanto la calidad como la coordinación de los cuidados prestados a los pacientes.

**HAY QUE DEFINIR EL
PAPEL DE LAS
APORTACIONES DE LOS
USUARIOS**

El tercer artículo de este bloque se centra en el reparto de los costes a través del copago, una cuestión que ha despertado debates en todo el mundo en los últimos años. Su autor, **Jaume Puig-Junoy** (Centro de Investigación en Economía y Salud, CRES-UPF, Universidad Pompeu Fabra, Barcelona), argumenta que una agenda de reforma ordenada no puede huir de definir mejor el papel de las aportaciones de los usuarios y analiza los cambios en el papel de los copagos en sistemas de salud con financiación pública y cobertura universal. En el artículo se describe la experiencia internacional de las nuevas formas de copago basadas en el valor y se analizan los cambios y el impacto observado de las diversas reformas aplicadas en los copagos obligatorios en el Sistema Nacional de Salud (SNS) español a partir de 2012, cuando se adoptaron las medidas de reparto de los costes. Finalmente, el autor concluye con los elementos esenciales a tener en cuenta cuando se piensa en el copago.

El quinto bloque versa sobre los «Cuidados centrados en el paciente», un componente clave y de creciente relevancia en el nuevo contexto sanitario. Con la posibilidad de acceder a mayores cantidades de información gracias a Internet, los pacientes están capacitados para convertirse en agentes activos en sus cuidados.

En el primer artículo de este bloque, elaborado por **Judith Hibbard** (Universidad de Oregón, Eugene), se muestra cómo los pacientes que cuentan con los conocimientos, las habilidades y la confianza para gestionar su salud tienen más probabilidades de asumir hábitos y conductas saludables, utilizar los recursos sanitarios de forma más efectiva y obtener mejores resultados de salud. La autora revisa la evidencia que relaciona el grado de activación del paciente y los resultados, e identifica estrategias para aumentar la activación del paciente. Para concluir, expone una visión general de la forma en que los sistemas sanitarios utilizan el conocimiento sobre el nivel de activación de los pacientes, así como sus perfiles clínicos, para diseñar vías clínicas a la medida que atiendan más eficazmente las necesidades de los pacientes y hagan un uso más eficiente de los recursos sanitarios.

María Dolores Navarro Rubio (Instituto Albert J. Jovell de Salud Pública y Pacientes, Universidad Internacional de Cataluña, Barcelona), elabora el segundo artículo de este bloque. En él describe el contexto de profundo cambio en el que estamos inmersos. Sostiene que hoy en día los pacientes cuentan con más capacidades que nunca para ser partícipes activos de sus cuidados, pero requieren formación y una comprensión adecuada para garantizar una ejecución correcta y efectiva.

LOS PACIENTES CUENTAN CON MÁS CAPACIDADES QUE NUNCA PARA SER PARTÍCIPES ACTIVOS DE SUS CUIDADOS, PERO REQUIEREN FORMACIÓN

El sexto y último bloque está dedicado a la «Fuerza laboral sanitaria», un componente crítico para una sanidad efectiva. Al fin y al cabo, la interfaz entre el sistema sanitario y el paciente recaerá —como no podía ser de otro modo— en los profesionales sanitarios. Sin su colaboración, la *Triple Meta* será imposible.

El primer trabajo de esta sección está firmado por **Hugh Barr** (Universidad de Westminster y Centre for the Advancement of Interprofessional Education, Londres) y **Juan José Beunza** (Facultad de Ciencias Biomédicas de la Universidad Europea, Madrid). En él se explica de qué manera la educación interprofesional (EIP) puede ahorrar recursos cuando su diseño incida en reforzar la atención primaria, obviar o retrasar los ingresos hospitalarios, mejorar el tratamiento, agilizar la planificación de las altas hospitalarias, coordinar los cuidados posteriores al alta, reducir los errores y/o redistribuir el personal con criterios de optimización, todo ello de forma compatible con la mejora de la experiencia y los resultados de los pacientes. Los autores argumentan que la EIP puede jugar un papel crucial en varios de los retos a los que se enfrentan nuestros sistemas sanitarios, como por ejemplo mejorar la integración de los cuidados, potenciar el trabajo en equipo o mejorar la seguridad del paciente.

LA TRIPLE META NO SERÁ POSIBLE SIN LA COLABORACIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

Finalmente, cerrando el volumen se encuentra el trabajo de **Stefano Visintin** (Universidad de Ámsterdam), **Marta Elvira**, **Carlos Rodríguez-Lluesma** y **Sebastián Lavezzolo** (IESE Business School, Universidad de Navarra). Los autores presentan datos rotundos sobre la fuerza laboral sanitaria (FLS) a largo plazo en Europa, y demuestran que existe un peligro potencial de escasez de mano de obra dedicada a prestar cuidados de larga duración en Europa. Si bien esto suele atribuirse a unas malas condiciones laborales, su análisis revela que estos empleos entran en la categoría de trabajo poco remunerado en algunos países europeos, aunque no en todos. Así, sugieren que la regulación podría aportar incentivos estratégicos a este sector, más allá de los encaminados al mercado de trabajo en general. Utilizando la encuesta de la Unión Europea, *European Labor Force*, los autores analizan los salarios de los trabajadores y la estabilidad en el empleo en el sector de la FLS respecto al conjunto de la fuerza

LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN DEPENDERÁ TAMBIÉN DE LAS TENDENCIAS DE LA FUERZA LABORAL

laboral. A continuación, exploran cómo las instituciones del mercado de trabajo y las explicaciones sobre el capital humano pueden dar cuenta de las diferencias entre países. Por último, resaltan la importancia de comprender las tendencias pasadas y actuales de la FLS ya que, como indican, la calidad de estos servicios en el futuro dependerá de estas dinámicas.