

## Resumen

Este artículo describe el contexto sanitario actual, destacando que, a la luz del envejecimiento de la población y el aumento más que probable del gasto sanitario, la gran cuestión para nuestras economías no es ya si este aumento del gasto es sostenible, sino si nuestros recursos limitados están utilizándose de la mejor manera posible.

El artículo intenta demostrar que la mejor esperanza para nuestros sistemas sanitarios es la *Triple Meta* de mejor salud, mejores cuidados y menores costes. Los autores explican cómo es posible implementar la *Triple Meta*: mirar otros países; comprender qué funciona y por qué; medir los resultados en salud; promover el enfoque basado en el valor; utilizar la tecnología; rediseñar los sistemas de pago; y modificar la cultura sobre la salud.

*Palabras clave:* Triple Meta, sistemas sanitarios.

## Abstract

This article describes the current health care context, stressing that, with population aging and the very plausible increase in healthcare spending, the big question for our economies is not as much about whether this increase in spending is sustainable, but whether our limited resources are being used in the best possible way.

The paper aims to show that the best hope for our healthcare systems is to implement the *Triple Aim* of better health and better care at lower cost. The authors describe how this is possible by: looking to other country experiences; understanding what works and why; measuring results in health care; promoting value-based health care; utilizing technology; redesigning payment systems; and changing the overall culture of health.

*Key words:* Triple Aim, health systems.

*JEL classification:* I11, I18

# LA TRIPLE META PARA EL FUTURO DE LA SANIDAD

Núria MAS

*Profesora Agregada de Economía en el IESE. Titular de la cátedra Jaime Grego en Healthcare Management*

Wendy WISBAUM

*Consultora sobre política sanitaria y salud pública*

## I. CONTEXTO ACTUAL

Las economías avanzadas afrontan serios riesgos en materia económica, presupuestaria y social, que se encuentran en la raíz del debate sobre la sostenibilidad de nuestros sistemas sanitarios.

En primer lugar, la tendencia ascendente del gasto sanitario en la mayoría de las economías de la OCDE genera inquietud. Según datos de la media de la OCDE, el gasto sanitario total pasó de representar un 6,9 por 100 del PIB en 1990 a un 7,8 por 100 en 2000 y un 9,5 por 100 en 2010. No obstante, el contexto de crisis económica también afectó a este gasto, que en 2013 mostró un retroceso hasta el 9,3 por 100 en relación al PIB (OCDE, 2014). Estados Unidos lidera la tabla, con un gasto sanitario que en 2009 representó el 17,1 por 100 de su PIB, si bien la desaceleración de los últimos años ha llevado a que el gasto sanitario descendiera en 2012 hasta el 16,9 por 100 del PIB. La experiencia en España ha sido diferente. Aun en un contexto de crisis financiera, el gasto sanitario ha mantenido una senda al alza: así, el gasto sanitario en España suponía en 1990 un 6,5 por 100 del PIB, inferior a la media de los países de la OCDE, pero en 2012 alcanzó la media de la OCDE, situada en un 9,3 por 100.

Las implicaciones de esta tendencia para la sostenibilidad de nuestros sistemas sanitarios resultan más evidentes teniendo en cuenta que, según datos empíricos, a medida que la riqueza de un país aumenta, tiende a destinar una mayor proporción del producto nacional a gasto sanitario. Así, el gasto sanitario probablemente aumentará con el tiempo, o al menos eso es lo que se deduce de la mayoría de las proyecciones (OCDE, 2013). Desde que Joseph Newhouse (1977) llamara la atención sobre la fuerte relación positiva existente entre el gasto sanitario per cápita y el PIB per cápita, varios estudios han vuelto a examinar esta conclusión de enorme relevancia. Los primeros estudios que trataron de determinar la elasticidad del gasto sanitario per cápita respecto al PIB per cápita concluyeron que la renta agregada es el principal factor explicativo de las variaciones en el gasto sanitario entre los países. Además, con muy escasas excepciones, la mayoría de estos estudios han demostrado que la elasticidad respecto a la renta está por encima de 1 (Schieber y Maeda, 1997; Getzen, 2006; Gerdtham y Jönsson, 2000).

En segundo lugar, el total bruto de deuda (pública y privada) como porcentaje del PIB ha aumentado de forma sustancial en las economías avanzadas Bank for International Settlements,

2011; Reinhart y Rogoff, 2013). Este importe representa más del 300 por 100 del PIB en la mayoría de las economías europeas, mientras que en Japón y Reino Unido ha superado el nivel del 500 por 100 (FMI, McKinsey Global Institute). Si tomamos en consideración exclusivamente la deuda pública, la imagen es igualmente preocupante, constatóndose que en países como Reino Unido, Francia o Estados Unidos su importe supera ya el umbral del 90 por 100 del PIB. Este dato de la deuda pública es netamente inferior a la cifra representada por los *pasivos no financiados*, es decir, la promesa de prestaciones por pensiones y asistencia sanitaria a las generaciones futuras. Un estudio de la OCDE (Gokhale, 2009) estimó que, teniendo en cuenta dichos pasivos, la cifra podría estar en torno a siete veces los *stocks* actuales de deuda pública.

En tercer lugar, la población en las economías avanzadas está experimentando un rápido envejecimiento. La longevidad se traducirá en un agravamiento de la ratio de dependencia, con lo que ello supone de mayor presión para los presupuestos públicos. Además, la longevidad también trae consigo una redistribución de la carga sanitaria, con un trasvase desde la atención de episodios agudos hacia la gestión de los pacientes crónicos. Entre el 70 y el 85 por 100 del gasto total en sanidad en las economías avanzadas se destina a enfermos con, al menos, una patología crónica. Estos pacientes también responden del 85 por 100 de la utilización de los servicios sanitarios en Estados Unidos (Anderson, 2010), mientras que en Reino Unido suponen un 80 por 100 de las consultas en atención primaria y el 66 por 100 de los ingresos hospitalarios desde servicios de

urgencias (Department of Health, 2004).

A la luz del envejecimiento de la población y el aumento más que probable del gasto sanitario, la gran cuestión para nuestras economías no es ya si este aumento del gasto es sostenible —toda vez que ello está íntimamente vinculado al hecho de que, hasta ahora, las sociedades parecen asumir que su gasto sanitario aumentará en paralelo con el aumento de su riqueza—, sino si estos recursos limitados están utilizándose de la mejor manera posible, es decir, si el coste adicional está justificado por la creación de valor añadido en salud. En esta disyuntiva también debe incluirse el coste de oportunidad de los recursos sacrificados, que, por lógica, dejan de estar disponibles para financiar las pensiones u otros bienes y servicios.

Las probabilidades de sostenibilidad de nuestros sistemas sanitarios pasan por que estos se ajusten al contexto, realidad y retos actuales y que se orienten debidamente hacia la consecución de la *Triple Meta*: mejor salud, mejores cuidados y menores costes. Pero ¿es este objetivo posible? Y, en caso afirmativo, ¿qué pasos son necesarios para alcanzarlo?

## II. ¿ES POSIBLE LA TRIPLE META?

El término *Triple Meta*, acuñado en 2008 por Don Berwick, Tom Nolan y John Whittington, hace referencia a los siguientes tres objetivos (Berwick *et al.*, 2008):

1) Mejorar la experiencia de los pacientes (mejores cuidados).

2) Mejorar la salud de la población (mejor salud).

3) Reducir el coste per cápita de la asistencia sanitaria (menores costes).

Durante los cinco últimos años, este término se ha popularizado reflejando que todos los países de renta alta afrontan un contexto de envejecimiento demográfico, un aumento del número de enfermos crónicos y limitaciones presupuestarias. Es decir, pese a contar con sistemas sanitarios diferentes, los retos actuales son comunes en todos ellos. ¿Es la *Triple Meta* posible?

Nosotros creemos que la respuesta es sí. Existe una amplia evidencia indicativa de que una cantidad considerable de los recursos que se destinan a los sistemas sanitarios no se traduce necesariamente en una mejor salud. El último ejemplo lo encontramos en el informe del Institute of Medicine «Best Care at Lower Cost» (2013) (1), donde se afirma que cerca del 30 por 100 del gasto sanitario en Estados Unidos no mejora la salud. Otro estudio que tomó como referencia siete intervenciones hospitalarias en países de la OCDE cifró las reducciones de costes potenciales entre un 20 y un 30 por 100 (Erlandsen, 2007). En años recientes, el crecimiento de los costes sanitarios se ha ralentizado en Estados Unidos, y Cutler y Sahni (2013) afirman que esto se debe principalmente a cambios fundamentales en el modo de articular la práctica de la asistencia sanitaria.

En cambio, y sin menoscabo de lo expuesto, debemos señalar que un número incluso más estimable de estudios demuestran que, de media, el gasto sanitario es sumamente rentable (Cutler, 2004). ¿Cómo conciliar estas dos

visiones aparentemente opuestas? La respuesta es que podemos hacerlo mejor. Si bien aumentar el gasto en la atención a los enfermos mejora la salud, ello no significa que no exista espacio para mejorar el gasto y la organización de la asistencia sanitaria. Algunos claros ejemplos de esto serían la prestación de cuidados en casos innecesarios o el desaprovechamiento de posibles oportunidades de prevención.

### ¿Cómo alcanzar la Triple Meta?

Hay varios pasos que podríamos dar para ayudar a nuestros sistemas sanitarios a alcanzar la Triple Meta.

1. *Comparar.* Muchos países están mostrando interés en aprender de las experiencias internacionales. El análisis comparativo entre países puede ayudarnos a comprender mejor dónde residen las debilidades de nuestro país y dónde es óptimo su desempeño.

No obstante, ese no es el único nivel al que las comparaciones pueden ser interesantes. Las experiencias dentro de los propios países también podrían resultar extremadamente provechosas. Tal y como se afirma en Fisher *et al.* (2009) acerca de Estados Unidos: «Si aprendemos de aquellas regiones que han logrado tasas de crecimiento sostenibles y avanzamos sobre la base de los ejemplos de provisión sanitaria y sistemas de pago de éxito, podríamos, contando con el apoyo de un liderazgo adecuado por parte de los profesionales médicos, ‘desplazar hacia abajo la curva de costes’».

No tiene sentido que tratemos de empezar el camino desde cero. Es muy probable que, sea

cual sea el nuevo enfoque que estemos contemplando, exista algún país, región, hospital, etcétera que ya haya intentado implementarlo. Aprender de otras experiencias podría incrementar sustancialmente nuestras probabilidades de éxito.

2. *Comprender qué funciona y por qué.* La práctica médica difiere notablemente en función del país y la región considerados (Dartmouth Atlas of Health Care). Hay una amplia coincidencia en que una gran parte de estas variaciones no pueden explicarse por diferencias en la salud poblacional (Fisher *et al.*, 2009). Dicho de otro modo, existen otras variables que explican dichas diferencias y que debemos comprender.

Aunque identificar experiencias similares es un primer paso, para que sea verdaderamente útil necesitamos entender la razón del éxito de determinadas experiencias. Solo si comprendemos los mecanismos que subyacen al éxito podremos replicar una experiencia o trasladarla de forma productiva a un sistema o proveedor sanitario diferente. Este aspecto resulta crucial, pues las diferencias entre sistemas sanitarios son enormes (Paris *et al.*, 2010).

3. *Medir, medir y medir.* Compartir información y ser transparentes sobre los resultados es esencial. Necesitamos identificar algunos indicadores que nos permitan medir los resultados en salud. No podemos mejorar en ninguna área si no sabemos qué es lo que estamos haciendo mal. Asimismo, no podemos aprender si desconocemos los mejores ejemplos a imitar.

4. *Promover un enfoque basado en el valor.* La Triple Meta

requiere tener en cuenta los costes y beneficios de los tratamientos alternativos, y asegurarse de que los tratamientos que aplicamos son los que aportan el mayor valor en términos de salud una vez considerado su coste.

Esto es fácil de decir pero complicado de llevar a la práctica. Las dificultades surgen de ambos lados de la ecuación: por ejemplo, al medir el valor, hemos de tener en cuenta que los resultados en salud son multidimensionales y van mucho más allá de la simple supervivencia del paciente.

Medir los costes no es mucho más fácil. Kaplan y Porter (2011) sostienen incluso que «hay una incomprensión casi total de cuánto cuesta prestar la asistencia a los pacientes». Lo cierto es que la mayoría de nuestros sistemas no están preparados para identificar todos los gastos relevantes a nivel del paciente, ya que la mayoría de las mediciones —cuando existen— se refieren a promedios. No obstante, el interés por desarrollar métodos más precisos para medir los costes sanitarios ya se está traduciendo en esfuerzos más generalizados y mejoras en esta dirección.

El aspecto fundamental en este sentido —es decir, en una salud basada en el valor— es que a la hora de tomar decisiones en sanidad, hay que mirar más allá de los costes. Centrarse en minimizar los costes es un objetivo erróneo. Debemos fijarnos en qué es lo que genera valor para la salud.

5. *Utilizar la tecnología.* Contamos con más y mejores medios que en cualquier otro momento de la historia para acceder y utilizar inmediatamente enormes cantidades de información crítica

ca. El potente y creciente impacto de la tecnología en la prestación de servicios sanitarios y en el estatus de la sanidad es un hecho cada vez más asumido, aunque seguimos estando lejos de sacarle todo el partido a su inmenso potencial. Algunos investigadores (Hillestad *et al.*, 2005) ya han resaltado los posibles beneficios, en materia financiera y de salud, de las tecnologías de la información aplicadas a la sanidad. La tecnología también puede ayudarnos a adaptar el cuidado directamente a la medida de cada paciente. Además, la tecnología puede desempeñar un papel fundamental en ayudarnos a gestionar la creciente complejidad del paisaje sanitario, al actuar como habilitador de áreas como la divulgación del conocimiento y el acceso en tiempo real al mismo.

6. *Rediseñar los sistemas de pago.* La *Triple Meta* requiere una visión más integrada de los cuidados que en el pasado, que ponga énfasis en la prevención y en la gestión de la enfermedad. En consonancia con este cambio, es necesario modificar también los sistemas de pago y los incentivos. Debemos explorar diferentes clases de sistemas de pago para garantizar que estén alineados con nuestros objetivos y metas. Además, tenemos que tomar en consideración otros aspectos importantes, como el *timing* y los actores involucrados. En otras palabras, ¿quién y cuándo recogerá los frutos de determinados incentivos? ¿Qué actores jugarán un papel en qué procesos? Tomemos un ejemplo sencillo: el fomento de la prevención conduce a un descenso de la morbilidad en el futuro y, por tanto, probablemente menores costes. Sin embargo, estos beneficios no se harán visibles hasta dentro de al-

gunos años. ¿Cómo podemos asegurarnos de implantar hoy suficientes incentivos para la prevención, pese a que los ahorros solo se materializarán en una fecha futura? Nuestros incentivos deben alinearse con nuestras prioridades.

7. *Modificar la cultura sobre la salud.* Tenemos que construir una imagen más global de lo que significa la salud. En nuestra sociedad, sobre todo con el aumento de las enfermedades crónicas, el concepto de salud va más allá de lo que tradicionalmente se ha entendido por sanidad, extendiéndose también a la educación, a nuestro lugar de trabajo, a nuestra comunidad...

Tener salud y mantenerse sano tiene mucho que ver con el comportamiento de cada uno. En las economías más industrializadas, más de una tercera parte de toda la carga relacionada con la atención de la enfermedad está vinculada a casos de consumo de tabaco, alcohol, tensión arterial alta, colesterol y obesidad (OMS, 2002).

Este es, pues, un empeño que nos concierne a todos: profesionales sanitarios, hospitales y centros de atención primaria, gobiernos, aseguradoras, empresas farmacéuticas y de dispositivos médicos, pacientes y la sociedad en general... todos debemos trabajar conjuntamente para promover una sociedad más saludable.

Ha llegado el momento de acometer reformas estructurales en sanidad. No debido a la crisis financiera —que, por supuesto, ha contribuido a poner de manifiesto la necesidad de dichas reformas—, sino a que nuestros sistemas sanitarios se han quedado desfasados. Nuestros sistemas

fueron diseñados en un contexto en el que la mayoría de los cuidados los absorbía el tratamiento de los episodios agudos, mientras que hoy en día el grueso del gasto sanitario ha pasado a centrarse en gestionar enfermedades crónicas. La mayoría de nuestros sistemas ponen el énfasis en la atención de agudos, sobre la base de una interacción con el sistema con un resultado binario de cura o muerte. Este era el papel que desempeñaba tradicionalmente el sistema sanitario y que resultó apropiado durante la mayor parte del siglo xx. Sin embargo, las enfermedades crónicas requieren una clase de sistema diferente. A diferencia del resultado cura/muerte, la atención a pacientes crónicos precisa de una gestión continuada a lo largo del tiempo. Esto requiere muchas interacciones diferentes con el sistema, y no podemos abordarlas simplemente como una sucesión de episodios agudos (Allotey *et al.*, 2011). Es decir, nuestros sistemas deben ser modificados de forma oportuna.

### III. CONCLUSIONES

Aunque el concepto de la *Triple Meta* (mejor salud, mejores cuidados y menores costes) resulta fácil de comprender, su implementación representa un reto, si bien existen ejemplos de iniciativas que van en la dirección correcta. De hecho, la buena noticia es que existen muchos casos de éxito susceptibles de replicarse y de los que podemos servirnos para aprender, entre ellos ejemplos de cuidados integrados basados en la población y centrados en los pacientes crónicos. Este número de PAPELES DE ECONOMÍA ESPAÑOLA responde al deseo de presentar y examinar estos ejemplos y verter algo de luz sobre los retos actuales. Para ello, no solo

nos fijamos en experiencias internacionales, sino también en la situación actual en España. Interesa a este respecto hacer una matización: el objeto último no es modificar los pilares sobre los que se asientan nuestros sistemas sanitarios, que se han demostrado capaces de crear valor para nuestras sociedades, sino mejorar lo presente. Dicho de otro modo, ¿cómo podemos optimizar el uso de unos recursos limitados al tiempo que mantenemos intacta la esencia de nuestro sistema sanitario? Esto supone un desafío, pero estamos convencidos de que si estudiamos y debatimos las experiencias de éxito, y los motivos que subyacen a dicho éxito, podremos avanzar en la senda hacia una mejor salud, unos mejores cuidados y unos menores costes.

#### NOTA

(1) El Institute of Medicine es una organización independiente sin ánimo de lucro que forma parte de la National Academy of Sciences. El informe fue dirigido por profesionales clínicos, líderes empresariales y expertos en políticas sanitarias. Disponible en: [http://books.nap.edu/openbook.php?record\\_id=13444](http://books.nap.edu/openbook.php?record_id=13444).

#### BIBLIOGRAFÍA

ALLOTEY, P.; REIDPATH, D.D.; YASIN, S.; CHAN, C.K., y AIKINS, A. (2011), «Rethinking health-

care systems: a focus on chronicity», *The Lancet*, 377(9764): 450-451.

ANDERSON, G. (2010), «Chronic Care: making the case for ongoing care», Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health y Robert Wood Johnson Foundation.

BANK FOR INTERNATIONAL SETTLEMENTS (2014), *84th Annual Report*, Basilea, junio.

BERWICK, D.M.; NOLAN, T.W., y WHITTINGTON, J. (2008), «The triple aim: Care, health and costs», *Health Affairs*, 27(3): 759-769.

CUTLER, D.M. (2004), *Your Money or your life? Strong medicine for America's health care system*, Oxford University Press.

CUTLER, D., y SAHNI, N.R. (2013), «If slow rate of health care spending persists, projections may be off by \$770 billion», *Health Affairs*, 32 (5): 841-850.

DARTMOUTH ATLAS OF HEALTH CARE, *Atlas de Variaciones en la Práctica Médica*. <http://www.atlasvpm.org/>.

DEPARTMENT OF HEALTH (2004), *Chronic disease management: a compendium of information*, Londres.

ERLANDSEN, E. (2007), «Improving the efficiency of healthcare spending: selected evidence on hospital performance». OECD Economic Department Working Paper 555.

FISHER, E.S.; BYNUM, J.P., y SKINNER, J.S. (2009), «Slowing the growth of health care costs – Lessons from regional variation», *New England Journal of Medicine*, 360: 849-852.

GERDTHAM, U.-G., y JONSSON, B. (2000), «International comparisons of health expenditure: theory, data and econometric analysis», en A.J. CULYER y J.P. NEWHOUSE (eds.), *Handbook of Health Economics*, 1.ª ed., Elsevier, vol. 1: 13-53.

GETZEN, T.E. (2006), «Aggregation and the measurement of healthcare costs»,

*Health Services Research*, 41(5): 1838-1854.

GOKHALE, J. (2009), «Measuring the unfunded obligations of European countries». European Commission Paper n.º 297, diciembre de 2007. National Center for Policy Analysis, Policy Report n.º 319, enero de 2009.

HILLESTAD, R.; BIGELOW, J.; BOWER, A.; GIROSI, F.; MEILI, R.; SCOVILLE, R., y TAYLOR, R. (2005), «Can Electronic Medical Record Systems Transform Health Care? Potential Health benefits, savings and costs», *Health Affairs*, 24(5): 1103-1117.

KAPLAN, S., y PORTER, M. (2011), «How to solve the cost crisis in health care», *Harvard Business Review*.

NEWHOUSE, J.P. (1977), «Medical expenditure: a cross-national survey», *Journal of Human Resources* 12(1): 115-125.

OECD (2013), «What Future for Health Spending?». OECD Economics Department Policy Notes, n.º 19 de junio.

— (2014), *Estadísticas sanitarias*.

PARIS, V.; DEVAUX, M., y WEI, L. (2010), «Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries». OECD Health Working Papers, WP 50, OECD Publishing.

REINHART, C., y ROGOFF, K. (2013), «Financial and sovereign debt crisis: some lessons learned and those forgotten». IMF WP 13/266.

SCHIEBER, G., y MAEDA, A. (1997), «A Curmudgeon's Guide to Financing Health Care in Developing Countries», en *Innovations in Healthcare Financing*, World Bank Proceedings, pp. 1-38.

WHO (2002), *The World Health Report. Reducing risks, Promoting healthy life*.