



PAPELES

DE ECONOMÍA ESPAÑOLA



LA *TRIPLE META* PARA EL FUTURO DE LA SANIDAD



≡ funcas

PAPELES
DE ECONOMÍA ESPAÑOLA

142

2014

ISSN: 0210-9107



PATRONATO

ISIDRO FAINÉ CASAS <i>(Presidente)</i>	MARIO FERNÁNDEZ PELAZ AMADO FRANCO LAHOZ
JOSÉ MARÍA MÉNDEZ ÁLVAREZ-CEDRÓN <i>(Vicepresidente)</i>	MANUEL MENÉNDEZ MENÉNDEZ PEDRO ANTONIO MERINO GARCÍA
FERNANDO CONLLEDO LANTERO <i>(Secretario)</i>	ANTONIO PULIDO GUTIÉRREZ VICTORIO VALLE SÁNCHEZ

PAPELES DE ECONOMÍA ESPAÑOLA

EDITORIA

María José Moral Rincón

CONSEJO DE REDACCIÓN

CARLOS OCAÑA PÉREZ DE TUDELA <i>(Director)</i>	ELISA CHULIÁ RODRIGO JUAN JOSÉ GANUZA
EDUARDO BANDRÉS MOLINÉ SANTIAGO CARBÓ VALVERDE	ÁNGEL LABORDA PERALTA JOSÉ FÉLIX SANZ SANZ

COORDINADORA DE EDICIÓN Y DOCUMENTACIÓN

Myriam González Martínez

PORTADA

Advantia Comunicación Gráfica, S.A.
91 471 71 00

EDITA

Fundación de las Cajas de Ahorros
Caballero de Gracia, 28. 28013 Madrid

IMPRIME

Advantia Comunicación Gráfica, S.A.

Depósito legal:	M. 402-1980
ISSN:	0210-9107
Precio del número 142:	15 €
Periodicidad:	Trimestral
Materia:	Economía de la Salud
Base de datos:	www.funcas.es



© FUNDACIÓN DE LAS CAJAS DE AHORROS. Todos los derechos reservados. Queda prohibida la reproducción total o parcial de esta publicación, así como la edición de su contenido por medio de cualquier proceso reprográfico o fónico, electrónico o mecánico, especialmente imprenta, fotocopia, microfilm, *offset* o mimeógrafo, sin la previa autorización escrita del editor.

«La Triple Meta para el futuro de la sanidad»

coordinado por Núria Mas y Wendy Wisbaum

SUMARIO

INTRODUCCIÓN EDITORIAL

La Triple Meta para el futuro de la sanidad

v

I. IMPORTANCIA DE LA TRIPLE META

La Triple Meta para el futuro de la sanidad: 2 *Núria Mas y Wendy Wisbaum*

Implementando la Triple Meta:
«Lecciones» desde el ámbito directivo: 7 *Rafael Bengoa y Patricia Arratibel*

II. CUIDADOS BASADOS EN LA EVIDENCIA

Mejores cuidados y salud:
Incorporando el coste de oportunidad
en el proceso de tomar decisiones: 16 *Marta Trapero Bertran*

¿Deberíamos realizar cribado sobre la diabetes tipo 2?: 23 *Jaana Lindström*

III. CUIDADOS INTEGRADOS

Integrando los cuidados de pacientes
mayores con problemas médicos complejos: 30 *Nick Goodwin*

IV. PLANIFICACIÓN E INCENTIVOS

La genética de los sistemas sanitarios y
la posible evaluación de su bondad: 42 *Guillem López-Casasnovas y Natàlia Pascual-Argenté*

Sistemas de pago para mejorar la calidad, eficiencia y
coordinación de la atención a los pacientes crónicos.
Un marco y ejemplos nacionales: 50 *Reinhard Busse y Miriam Blümel*

El papel de los copagos en sistemas de
salud públicos y universales: 62 *Jaume Puig-Junoy*

V. CUIDADOS CENTRADOS EN EL PACIENTE

La activación del paciente como herramienta para la <i>Triple Meta</i> :	74	<i>Judith Hibbard</i>
Pacientes implicados: Participación del paciente en la toma de decisiones:	85	<i>María Dolores Navarro Rubio</i>

VI. FUERZA LABORAL SANITARIA

La educación interprofesional: Una visión económica:	94	<i>Hugh Barr y Juan José Beunza</i>
Un análisis exploratorio de los salarios y la estabilidad laboral en el sector de los cuidados de larga duración en Europa:	102	<i>Stefano Visintin, Marta Elvira, Carlos Rodríguez-Lluesma y Sebastián Lavezzolo</i>

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.

COLABORACIONES

I.
IMPORTANCIA DE LA *TRIPLE META*

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.

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*.

Resumen

Los sistemas sanitarios de todo el mundo están inmersos en la que puede calificarse como la reforma más importante en décadas. El objetivo general es mejorar los resultados de salud y la calidad de los cuidados, asegurando simultáneamente la sostenibilidad del sistema desde un punto de vista económico. La *Triple Meta* es considerada por muchos un marco estratégico clave para avanzar en la senda de estas reformas. Ayuda a los directivos a pensar en términos de sistema y con una visión de salud poblacional, dos elementos que han brillado hasta ahora por su ausencia en la agenda de políticas sanitarias. El presente trabajo no se centra en qué forma podría adoptar la *Triple Meta* en los diferentes entornos, sino en cómo están *implementando* estos cambios complejos los directivos en la vida real, extrayendo algunas «lecciones» que podrían resultar de utilidad a otros que están emprendiendo el camino de la reforma del sistema sanitario.

Palabras clave: implementación, estrategia, *Triple Meta*, directivos.

Abstract

Health care systems around the world are undertaking the most important reforms in decades. The general objective is to improve health outcomes and quality of care and simultaneously ensure economic sustainability. The *Triple Aim* is considered by many as a key strategic framework to move forward in these reforms. It helps senior leaders focus on system thinking and on population health, two issues which have been missing in the health policy agenda in the past. This article is not centred on what form the *Triple Aim* may be taking in different setting but rather in how leaders with senior responsibilities are *implementing* the *Triple Aim* in real life, extracting some «lessons» which may be useful for others embarking on the reform of health care.

Key words: implementation, strategy, *Triple Aim*, senior leadership.

JEL classification: I10

IMPLEMENTANDO LA TRIPLE META: «LECCIONES» DESDE EL ÁMBITO DIRECTIVO (*)

Rafael BENGOA

Patricia ARRATIBEL

Deusto Business School Health, Universidad de Deusto

I. INTRODUCCIÓN

MUCHOS sistemas sanitarios de todo el mundo están inmersos en la que podemos calificar como la reforma más importante en décadas. Un número cada vez mayor de ellos han adoptado como marco de referencia el concepto de la *Triple Meta* (mejor salud, mejores cuidados y menores costes).

Si bien casi todos los sistemas sanitarios difieren en múltiples aspectos, hay algo que comparten: el hecho de afrontar ciertos retos fundamentales. Así, puede observarse que todos presentan una deficiente coordinación del cuidado de los pacientes; contratan actividad y no valor; en todos el 5 por 100 de la población consume cerca del 50 por 100 del gasto; se enfrentan a retos en materia de prevención, calidad y seguridad de los pacientes; el cuidado de los pacientes crónicos es fragmentado y sin continuidad, y la elevada tasa de hospitalizaciones y rehospitalizaciones podría reducirse en todos ellos. Tanto si están destinando a sanidad el 8 o el 17 por 100 de su PIB, ningún país está logrando los mejores resultados posibles, y en todos los casos el modelo sanitario aplicado dista mucho de ser preventivo y proactivo.

En este contexto, la *Triple Meta* es percibida por muchos como un marco de referencia clave para mejorar el escenario

descrito, recibiendo cada vez mayor atención desde el ámbito de la política sanitaria. El presente artículo describe de qué modo varios directivos sénior europeos se han basado en el concepto de la *Triple Meta* para impulsar la transformación de su sistema de salud.

El interés de la *Triple Meta* para los directivos sénior reside en que compagina una visión sistémica, un enfoque en añadir valor y en la salud poblacional como meta. Llama la atención y resulta bastante revelador que en 2014 no exista prácticamente ningún sistema en el mundo que esté realmente organizado alrededor de la salud poblacional. Ello puede atribuirse a múltiples causas, y una de ellas es la falta de familiaridad de los decisores políticos con estos marcos de referencia y con el modo de implementarlos. Si bien la *Triple Meta* aporta un marco de referencia práctico para los mandos a todos los niveles de la organización, los directivos sénior tienen un papel clave que desempeñar, pues, en la mayoría de los casos, ese es el nivel responsable de la perspectiva sistémica.

Un argumento adicional para la involucración de los profesionales sénior estriba en el hecho de que la *Triple Meta* no podrá escalar sin una potente intervención desde la esfera de las políticas.

La mayoría de los «sistemas» de salud en Europa cuentan con

los ingredientes necesarios para caminar por esta senda, y en muchos países se constatan esfuerzos por implementar los diferentes elementos que conforman la *Triple Meta*. Por ejemplo, algunos países han ensayado con iniciativas de pagos agrupados y reformas sobre pagos globales, mientras que en otros se percibe un mayor enfoque poblacional, y en otros además se observan crecientes esfuerzos de integración entre los niveles asistenciales.

No obstante, en la mayoría de los países, dichos esfuerzos no se han ensamblado al nivel de la política sanitaria y, con frecuencia, no están concebidos como un paquete integrado de reformas. En las siguientes secciones describimos algunas «lecciones» que pueden extraerse de los países que han incorporado explícitamente los diferentes elementos de la *Triple Meta* a sus políticas sanitarias.

II. LA TRIPLE META COMO RESPUESTA ESTRATÉGICA

1. Contexto

La mayoría de los países europeos cuentan con alguna forma de cobertura sanitaria universal. Si bien estos sistemas han tenido éxito en términos generales en Europa, existe una amplia coincidencia en los países en que el actual sistema de financiación y de provisión no representará el modelo sanitario del futuro, por lo que en los últimos años se han esforzado por trascender las mejoras a corto plazo e iniciar una estrategia de medio-largo plazo encaminada a transformar sus sistemas.

Además, la persistente crisis económica en Europa ha puesto al descubierto numerosas vulne-

rabilidades en todos los sistemas de salud. La reacción inmediata en muchos países ha sido la contención de costes. Los directivos sénior han tenido que lidiar con este complicado contexto inmediato. Así, la gestión de la crisis en el día a día ha girado en torno a algunas importantes decisiones de contención de costes, que han afectado sobre todo a los salarios del personal, el presupuesto farmacéutico y los copagos en los medicamentos.

Con todo, hay un creciente reconocimiento entre los directivos sénior de que estas intervenciones no solventarán el principal problema: un modelo de asistencia sanitaria cuyo diseño de base se centra en la atención reactiva ante la enfermedad y que carece de un enfoque en la salud poblacional.

En otras palabras, muchos directivos sénior reconocen que, aun cuando estas decisiones frente a la crisis se están gestionando de forma efectiva, no crean la capacidad para que los sistemas sanitarios respondan a los futuros retos vinculados a la demografía, la cronicidad, la prevención, la fragmentación, la sostenibilidad y la centralidad en el paciente. En consecuencia, los directivos sénior pretenden evitar focalizarse exclusivamente en la racionalización de la cartera de prestaciones y en la contención de los costes, y en su lugar están trabajando una respuesta más estratégica.

La *Triple Meta* aporta un nuevo marco de referencia para dicha «respuesta estratégica». Esa respuesta está cobrando fuerza en muchos países europeos como marco de referencia útil para una agenda transformadora más amplia. De hecho, la *Triple Meta* está adquiriendo cada

vez más protagonismo en los documentos de política en Europa. Es interesante comprobar que su empleo a modo de marco de referencia para las políticas está proliferando tanto entre sistemas del tipo Beveridge, típicos del norte y el sur de Europa, como en sistemas de seguro más orientados al mercado de Europa central, como el de Países Bajos. Este hecho parece validar su utilidad intrínseca como marco de referencia y como herramienta de planificación para impulsar el cambio ante situaciones de partida muy diferentes.

Como resultado de ello, en Europa, al igual que en otras zonas, el grueso de las decisiones de política sanitaria no gira actualmente sobre si hay que racionalizar la cartera de prestaciones o si hay que transformarla. Más bien, el debate se centra en encontrar el balance adecuado de ambas actuaciones y no dejar que la transformación a medio plazo se vea soslayada por el ímpetu de los recortes.

2. ¿Qué se está implementando?

La consecuencia de este pensamiento es que varios países están poniendo en marcha una batería de procesos gerenciales y organizativos que contribuyan a dar forma a la *Triple Meta*. Están creando organizaciones que sean capaces de integrar los cuidados, de razonar con visión poblacional y de adoptar una línea de actuación explícita a favor del empoderamiento de los pacientes y de la autogestión. Estos ejemplos han reforzado el nivel asistencial comunitario, de modo que se puedan prestar más servicios fuera de los hospitales, y han incentivado la colaboración transversal entre los diversos servicios, acom-

pañado de un fortalecimiento de la asistencia primaria, todo ello con vistas a una reordenación de la provisión de los cuidados. Muchas veces esto conlleva pasar de un criterio de pago por actividad a otro de pago por valor, así como acelerar los mecanismos tecnológicos de apoyo a la asistencia en el domicilio y mejorar la coordinación con los servicios sociales.

La pluralidad de iniciativas lanzadas en los países que están aplicando esta línea de trabajo es tan variada como sistemas sanitarios hay en Europa. Cada uno está tratando de moldear estos nuevos procesos adaptándolos a su propia realidad. Su grado de implantación también difiere en gran medida. En muchos países, se trata de simples experiencias piloto, mientras que en otros se ha avanzado más en la escalabilidad de ciertos programas y existe un compromiso más fuerte desde el campo de las políticas.

Pese a las diferencias, es posible hablar de una tendencia, y hay mucho que aprender de estas experiencias. Un área común para el aprendizaje se refiere al *cómo* están implementando estos cambios complejos los decisores del sector. La siguiente sección se basa en una serie de entrevistas con directivos sénior de varios países europeos y de Estados Unidos, así como en la identificación de los puntos comunes de posible aprendizaje a partir de las experiencias avanzadas y de éxito en la introducción de un cambio sistémico más amplio.

Los países y regiones de Europa que formaron parte de la muestra fueron Países Bajos, Irlanda del Norte, Escocia y el País Vasco (España), mientras que en Estados Unidos, los directivos entrevista-

dos procedían de Massachusetts y Colorado.

3. ¿Cómo lo están implementando?

La intención de esta sección no es proponer recetas prescriptivas, sino divulgar algunas «lecciones» procedentes de directivos sénior que han implantado cambios sistémicos en sus países, en la mayoría de los casos utilizando la *Triple Meta* como marco de referencia. En ese sentido, se perfila un «marco para la implementación» atendiendo a la perspectiva de los directivos sénior.

a) *Diferentes sistemas sanitarios, similar mentalidad*

El denominador común de los directivos de muchos de los países analizados es que están inmersos en una transformación que actúa sobre la totalidad del sistema. Si bien parten de sistemas sanitarios muy diferentes entre sí, los directivos sénior parecen compartir las siguientes líneas conceptuales clave a la hora de abordar dicha transformación:

— Dada la complejidad de los retos actuales, mantener los mismos esquemas operativos del pasado, incluso mejorándose la gestión, no creará la organización del futuro.

— La transformación implica cambios culturales y operativos radicales en los sistemas sanitarios.

— Se precisa introducir cambios en el nivel de la provisión de la asistencia sanitaria.

— Los sistemas de pagos no están alineados con la necesidad de integrar los cuidados al nivel de los proveedores.

— Los sectores sanitario y de servicios sociales no están trabajando conjuntamente; si lo hicieran, se conseguirían mejores resultados y ahorros.

— Debe incentivarse la mejora en el *front line* (interacción directa con el paciente) y la innovación en el nivel de los proveedores.

— Se advierte una necesidad creciente de utilizar más el empoderamiento y fomentar la adhesión de los profesionales de la salud para apoyar la innovación en el *front line*.

b) *Orquestación adecuada desde el ámbito de la política sanitaria*

La complejidad y naturaleza sistémica de los cambios requeridos han llevado a que en la mayoría de los países se considere necesaria una intervención organizada a nivel de las políticas.

La *Triple Meta* aporta un marco de referencia para dicha intervención organizada en el ámbito de las políticas. Como consecuencia, y en un primer paso por parte de los directivos sénior, la *Triple Meta* ha sido «promovida» al estatus de política sanitaria en varias regiones y países.

Conviene señalar que, si bien se requiere cierta «orquestación» a nivel de políticas por quienes desempeñan funciones de alto nivel de responsabilidad en el sector, al mismo tiempo se considera necesario dar cabida a la innovación emergente en el nivel local. Hay que subrayar, pues, que este tipo de liderazgo es diferente de los cambios «desde arriba» impuestos sobre el siste-

ma en el pasado. Se pretende lograr una mejor combinación entre estrategias *sobre* el sistema (*push*) y estrategias recibidas *del* sistema (*pull*), identificando procesos que muevan al compromiso en lugar de perseguir el simple cumplimiento. En cierto modo, las estrategias *push* están quedando diluidas y las estrategias *pull* están ganando fuerza. Este último enfoque choca a veces con el pensamiento intuitivo de los decisores políticos sanitarios, y la mayoría de los profesionales coinciden en que requerirá tiempo y esfuerzo.

c) *Una «plataforma caliente» para la implementación*

Aunque con diferencias de grado, todos los países compartirían motivos similares para la reforma del sistema. Sin embargo, antes de proponer una política transformadora del modelo se consideró útil por parte de los directivos de varios países transmitir la necesidad del cambio de una manera organizada. Parece razonable que, en vez de proponer de entrada una solución (la *Triple Meta*), se explique antes con detenimiento cuáles son los problemas y por qué dicho marco de referencia podría ser una solución. Así, se considera esencial una estrategia ambiciosa de comunicación sobre la necesidad del cambio.

Los principales retos enunciados a modo de argumentos para el cambio son la falta de disponibilidad de recursos, la seguridad de los pacientes, la fragmentación de los cuidados, las deficiencias en la gestión y la prevención de enfermedades crónicas, la falta de involucración de los pacientes y la comunidad, una cultura centrada en la enfermedad en lugar de una visión de salud y

poblacional. Para muchos observadores, estos problemas podrían parecer evidentes y no requerir demasiada explicación. Sin embargo, organizar estos retos y comunicarlos de manera efectiva se consideran pasos clave para transmitir la urgencia del cambio necesario.

d) *Disrupción positiva*

En el complicado contexto europeo, se notó una amplia coincidencia entre los directivos sénior de los distintos países en que recortar el gasto, mejorar la calidad y desarrollar un enfoque poblacional precisaba de algo más que una intervención tradicional en la gestión.

La utilización de la *Triple Meta* comporta ineludiblemente cambios en el tradicional equilibrio de poder, ya que convierte en necesaria, por ejemplo, la implementación de nuevos sistemas de pagos que eviten las hospitalizaciones y rehospitalizaciones, así como programas que empoderen a los pacientes.

En dicho contexto parece evidente que habrá resistencia al cambio, siendo, por tanto, de suma importancia aplicar la disrupción en un sentido positivo y contar con un enfoque bien planificado para el cambio.

Cada uno debe cerciorarse de que su capital humano como directivo se emplee en disrupción productiva —esto es, generadora de cambio—, y no en una disrupción que no tenga un impacto en el modelo asistencial. Por ejemplo, numerosos responsables del sector se han comprometido a fondo en abanderar cuestiones tales como los copagos, que de hecho no alteran el modelo asistencial.

e) *Una visión del cambio sugerente, pero alcanzable*

Es sobradamente conocida la importancia de contar con una visión del cambio motivadora, pues aporta un sentido de dirección necesario en cambios de gran calado. El primer paso en el nivel de las políticas suele ser el desarrollo de una nueva visión, un nuevo relato sobre el futuro. La lógica de la *Triple Meta* parece ajustarse perfectamente a este fin, ya que aporta un marco «de sistema». Un relato «de sistema» resulta útil para evitar la «visión» tradicional asociada a una larga lista de programas.

Esta perspectiva sistémica ayuda a forjar coaliciones en torno a algunas dimensiones clave de las políticas. Enfatiza las mejoras para los pacientes en lugar de los cambios de estructuras. En términos de cambio, este enfoque en los pacientes es crucial, ya que en la mayoría de los países se advierte una creciente fatiga reorganizativa, y «jugar» simplemente con las estructuras no aportará una visión que movilice.

Uno de los principales beneficios de contar con esta visión es que dota a los directivos de un enfoque planificado para el cambio y ayuda a fraguar coaliciones para el cambio más amplias de lo habitual.

f) *Liderazgo de sistema*

La implantación a cierta escala de la *Triple Meta* es un problema de sistema desde un punto de vista estratégico. Debido a la naturaleza estratégica y a la escala del cambio requerido, se consideró necesaria una respuesta de sistema. La agenda transformadora es, por tanto, compleja y exige

una combinación correcta de estrategias. Esto tiene enormes repercusiones para el liderazgo de una organización.

Desde una perspectiva de políticas, será esencial contar con un enfoque equilibrado de medidas desde arriba (*top down*) y desde abajo (*bottom up*) en su implantación. Tal enfoque equilibrado no se materializará espontáneamente, por lo que es necesaria alguna forma de plan organizado. Tener un «plan» no es sinónimo de microgestionar la implantación de la *Triple Meta*; más bien, implica crear las condiciones adecuadas desde el nivel más alto para que otros niveles la implanten con éxito.

Además, un enfoque planificado para un proceso de transformación requiere cierto «liderazgo de sistema». Una mejor combinación de estrategias de cambio *push* y *pull* implica una transformación de liderazgo en todos los niveles pero sobre todo en el nivel sénior. A este nivel, la transformación del modelo sanitario se antoja susceptible de conseguirse más fácilmente por medio de un líder «vertebrador», entendiendo por tal una persona que coordine y canalice las energías de la organización.

Esto supone no imponer políticas al sistema, sino desarrollar una visión y crear las condiciones para la mejora local como mecanismo clave para asegurar la implementación. En consecuencia, estos países compartieron un enfoque de liderazgo colectivo o «distribuido», poniendo especial énfasis en crear las condiciones para que las organizaciones locales pudieran innovar y avanzar.

La asignación de responsabilidades y la rendición de cuentas a nivel local respecto a la provisión

del servicio, y el desarrollo de la capacidad para ello, resultan clave para avanzar hacia la *Triple Meta*. Esto empieza a ser perceptible en varios países y regiones, por lo que puede considerarse que los responsables del sector están creando las condiciones para la innovación local en la vida real.

En coherencia con lo anterior, está surgiendo un número creciente de «organizaciones locales», las cuales reciben nombres diferentes en los distintos contextos nacionales (*care groups, accountable care organizations, microsystems, locality delivery partnerships, managed clinical networks, integrated care pioneers*) y muestran diversidad en cuanto a su morfología, si bien todas comparten una misma filosofía: proveer unos cuidados más integrados y razonar en términos de salud con visión poblacional, a un coste equilibrado.

Las prácticas de liderazgo para sustentar esta tendencia divergirán notablemente de los enfoques más centralizados aplicados en el pasado.

g) *Multiplicidad de palancas alineadas*

Dada la existencia de múltiples factores que influyen en el coste y la calidad de los cuidados, una estrategia efectiva para su mejora probablemente requiere combinar de forma simultánea varias intervenciones. La mayoría de los países utilizan una multitud de poleas y palancas de gestión en busca de un efecto multiplicador para la transformación del sistema. El sumatorio de intervenciones encaminadas a paliar la fragmentación de los cuidados, las deficiencias en la gestión y la prevención de las enfermedades crónicas, la falta de participación

de los pacientes y la comunidad, la necesidad de gestión de la población y el tránsito a un pago por valor —en lugar de por actividad— requieren una agenda transformadora compleja y unas prácticas de liderazgo más sofisticadas.

Qué palancas utilizar dependerá de la situación y del país de que se trate, si bien parece esencial seguir el principio de una intervención multidimensional. Además, al trabajar con muchos tipos de intervenciones simultáneamente, es crucial mantener todas las iniciativas alineadas hacia el mismo fin. Un enfoque multipalanca no alineado para la reforma del sistema lleva aparejado el riesgo de que los proyectos que integran la reforma se queden en una sucesión de iniciativas aisladas, fragmentadas y, en ocasiones, incoherentes. Por tanto, es necesario contar con mecanismos que aseguren la coherencia y la alineación de los distintos proyectos.

Estas alineaciones resultan esenciales ya que, con frecuencia, algunas organizaciones y sindicatos de proveedores pueden oponer resistencia al cambio y una manera efectiva de hacerlo es señalando incoherencias entre las intervenciones puestas en marcha.

h) *Una «cultura de alta participación» de los profesionales sanitarios*

Un principio fundamental explícito en las reformas, el cual va unido al mencionado enfoque de liderazgo «vertebrador», es su dependencia de los profesionales y gestores locales como agentes clave del cambio.

Todos los países coinciden en que la mayoría de los cambios re-

queridos implican un giro cultural en los actuales sistemas de salud, y que ello no puede lograrse sin la adhesión y participación de los profesionales sanitarios. Cuando los responsables y decisores crean un entorno positivo y propicio para que los profesionales hagan bien su trabajo, el resultado son unos mejores cuidados para los pacientes, con evidencia de un descenso de la mortalidad y mayores eficiencias. Esto significa que la variable predictiva clave para unos resultados positivos de salud y satisfacción de los pacientes es el nivel de participación y compromiso de los empleados. La evidencia indica que la participación de la plantilla está también relacionada con una mejora de los resultados financieros de una organización. Dadas estas señales positivas obtenidas al implementar mejoras con un enfoque participativo, el aprendizaje de las experiencias en otros países sobre cómo motivar y movilizar a la plantilla será una de las máximas prioridades en los años venideros.

Este enfoque de «cultura de alta participación» (1) requiere un entorno que permita al personal innovar sobre aspectos organizativos que mejoren la provisión de los cuidados (y no únicamente sobre cuestiones clínicas). Las órdenes y el control desde arriba no servirán para este fin, pues dejarán sin explotar la energía inherente en la organización. Por muchas razones, esto implica que los cambios requeridos por el concepto de la *Triple Meta* serán más fructíferos si se llevan a cabo en un marco que promueva la participación de los profesionales médicos y sanitarios.

En cuanto a la implementación, la alta dirección está aprendiendo a crear dichas culturas participativas, marcándose objetivos ambi-

ciosos y dejando que la innovación brote en los niveles inferiores.

Consolidar la *Triple Meta* es una empresa a medio plazo. Otra consecuencia interesante de embarcarse en un proceso de involucración de los profesionales sanitarios es que refuerza la continuidad futura de los proyectos más allá de los ciclos políticos. Los gobiernos entrantes continúan con los cambios iniciados por sus predecesores, entre otras razones porque los profesionales sanitarios, comprometidos con el proceso, así lo desean.

En la mayoría de los países, tras cada elección se produce una rotación de cargos políticos y, de forma consiguiente, de los directivos. Si todo el proceso de transformación del sector se ha gestionado desde arriba, la probabilidad de que esos proyectos se difuminen con la desaparición de sus patrocinadores políticos es muy elevada. Por el contrario, si muchos proyectos han surgido desde abajo y hay una «responsabilización» (*ownership*) de los mismos a nivel local por los profesionales sanitarios, su probabilidad de supervivencia tras la rotación política aumentará.

Normalmente, el cambio transformador pasa por una serie de fases complejas. Saltarse el estadio de «involucración» es tentador desde una óptica política y de acortamiento de plazos, pero los enfoques no participativos se revelarán probablemente inefectivos.

i) Resultados tempranos ayudan a mantener la tensión de la implementación

Todos los profesionales sénior consideraron que los resultados tempranos eran un enfoque de implementación clave, y destina-

ron recursos a promoverlos. Además, se consideró importante garantizar estos resultados tempranos a nivel local.

Un dato interesante es que exhibir resultados tempranos ha ayudado de forma complementaria a desarrollar una cultura de medición y de análisis en los servicios sanitarios en organizaciones donde la evidencia aún no era la herramienta fundamental de apoyo para la decisión. Esto resultará capital para aumentar la credibilidad de la *Triple Meta* como marco estratégico.

Como ya se ha indicado, la mayoría de los países están otorgando mayores competencias sobre planificación de la provisión y la implementación a algunas organizaciones locales o «microsistemas». A fin de conseguir resultados tempranos, se estimó conveniente permitir a dichas organizaciones locales retener una parte de las eficiencias generadas por ellas, por considerarse altamente improbable que las innovaciones locales importantes en la provisión sanitaria pudieran sostenerse en el tiempo si todas las eficiencias conseguidas revertían a una instancia presupuestaria central.

j) Conciliar la tiranía del corto plazo con una transformación a medio-largo plazo

Los directivos sénior de todos los países son muy conscientes de la tiranía asociada a lo urgente, y de la necesidad de organizarse para no quedar atrapados por las presiones inmediatas, dejando así tiempo para el cambio estratégico.

A la vista de los alentadores acontecimientos registrados en torno a la *Triple Meta* en muchos

<p>países y regiones, parece posible hoy gestionar los servicios sanitarios a la vez que se implementa una agenda transformadora del sistema, siempre que uno se dote de la organización para ello.</p> <p>Todos estos cambios están abordándose en un ciclo financiero extremadamente adverso. Además, la tiranía de lo urgente tiende a recrudecerse con la persistencia de la crisis.</p> <p>Esta agenda de medidas perentorias a corto plazo puede llegar a absorber la mayor proporción del tiempo de un profesional sénior, sobre todo si unimos a ello la relación con los medios de co-</p>	<p>municación y la necesaria interacción con las esferas políticas.</p> <p>En muchos casos, la perentoriedad de las decisiones políticas exige adoptar algunas medidas muy duras respecto a salarios del personal, precios y regulación de los fármacos, control del despilfarro, desinversión de intervenciones clínicas que no añaden valor desde un punto de vista médico, etcétera. Por importantes que sean estas decisiones a corto plazo, los directivos son conscientes de que las mismas no equivalen a la transformación del sistema sanitario, por lo que se hace necesario acometer de manera si-</p>	<p>multánea un complejo cambio de modelo.</p> <p>Otra conclusión interesante de todos los países con experiencias avanzadas en esta doble agenda del cambio (gestión del día a día y transformación de medio-largo plazo) es que la doble agenda es inevitable si se desea lograr un sistema sostenible y de elevada calidad.</p> <p>NOTAS</p> <p>(*) Este texto se inspira en un proyecto del DBS Health llevado a cabo para la Oficina Europea de la Organización Mundial de la Salud.</p> <p>(1) «Leadership & Engagement for Improvement in the NHS. Together we can». Informe sobre Revisión del Liderazgo 2012 de The King's Fund.</p>
---	---	---

COLABORACIONES

II.
**CUIDADOS BASADOS
EN LA EVIDENCIA**

Resumen

Los sistemas sanitarios de éxito en el futuro serán aquellos que incorporen el concepto de eficiencia en la provisión de servicios de calidad, de tal modo que promuevan mejores cuidados y mejor salud con los recursos disponibles. La priorización de los recursos debería ir acompañada de transparencia y rendición de cuentas, y marcarse como objetivo minimizar el coste de oportunidad de los recursos sanitarios. El presente trabajo pretende formular un diagnóstico sobre los sistemas de salud de algunos países de la OCDE, con especial atención al caso español, fijándose para ello en los criterios empleados por cada uno a la hora de definir la cobertura sanitaria y la financiación pública; simultáneamente, se hace hincapié en la importancia de la reinversión, y se sugieren posibles líneas de actuación a fin de mejorar la eficiencia del Sistema Nacional de Salud en España.

Palabras clave: eficiencia, coste de oportunidad, recursos, financiación de la salud, evaluación económica, racionalización, reinversión.

Abstract

Future successful health care systems will be those that incorporate the idea of efficiency into the delivery of good quality care, thus, promoting better care and health with existing resources. The prioritization of resources should be achieved through transparency and account statements, aiming for the lowest opportunity cost of health resources. The aim of this paper is to diagnose some OECD health systems, in particular Spain's, in terms of their criteria for health coverage and public funding, to highlight the importance of disinvestment, and to provide potential actions in order to improve the efficiency of the Spanish health system.

Key words: efficiency, cost-opportunity, resources, economic evaluation, rationalising, reinvestment.

JEL classification: I11.

MEJORES CUIDADOS Y SALUD: INCORPORANDO EL COSTE DE OPORTUNIDAD EN EL PROCESO DE TOMAR DECISIONES

Marta TRAPERO BERTRAN

Universidad Castilla La-Mancha y Universitat Pompeu Fabra

I. INTRODUCCIÓN

LA estrategia de la *Triple Meta* (mejor salud, mejores cuidados y menores costes) debería servir de inspiración para un cambio de enfoque que deje de limitarse solo a los cuidados y se centre en la eficiencia en la salud de las personas y de la población. Hoy casi nadie discute que los sistemas sanitarios de éxito en el futuro serán aquellos que incorporen el concepto de eficiencia en la provisión de servicios de calidad.

De hecho, las expectativas futuras vienen a reforzar la tesis de que «no siempre quien más paga es quien mejores resultados obtiene». Hasta esta década, los proveedores de servicios sanitarios no habían sentido la necesidad de incorporar el concepto de eficiencia en su práctica diaria. Esto ha cambiado. Es mucho lo que hay en juego, y existe mucha presión para controlar el gasto sanitario. Cuantos más recursos dedique un gobierno a sanidad, menos recursos le quedan para invertir en empleo, educación y otras necesidades sociales apremiantes. Existe abundante literatura que corrobora que un mayor gasto no se traduce necesariamente en mejores cuidados o en un sistema sanitario que funcione mejor (OCDE, 2010a, 2010b y 2013). La clave estriba en sacar mayor rendimiento o «valor» al dinero público invertido en salud,

aunque no es una tarea fácil. Esto consiste en promover la rendición de cuentas dentro de los sistemas sanitarios, pero también en implantar nuevos incentivos que estimulen a proveedores, pacientes y, en general, a todos los agentes del sistema, a tomar decisiones eficientes que conduzcan a unos costes de oportunidad más bajos en términos de resultados de salud. España, al igual que otros países, puede alcanzar una mejor salud, aunque probablemente no mejores cuidados con menos dinero, con el mismo nivel de inversión.

El objetivo de este trabajo es diagnosticar algunos sistemas de salud de la OCDE, con especial énfasis en el caso español, y aportar herramientas y experiencias para tomar decisiones mejor informadas. A fin de diagnosticar el sistema sanitario y realizar algunas propuestas en referencia a las decisiones sobre gasto farmacéutico, en la sección II se describe el contexto que afrontan los países de la OCDE, y en particular España, en términos de financiación pública y cobertura de salud (haciendo referencia a cuestiones de transparencia). La sección III muestra las implicaciones y la necesidad de reinvertir los recursos para minimizar el coste de oportunidad en el sistema sanitario en España. En la sección IV se exponen las posibles actuaciones dirigidas a conseguir mejores cuidados y mejores resultados de

salud con la misma cantidad de recursos. Por último, la sección V recoge las conclusiones.

II. CRITERIOS PARA LA COBERTURA SANITARIA Y LA FINANCIACIÓN PÚBLICA EN EUROPA

La salud es uno de los pilares básicos del bienestar de los individuos y la colectividad. Aunque la atención sanitaria es uno de los servicios públicos más utilizados y valorados por los ciudadanos en España (AEEPP, 2013), la sociedad sigue considerando que no se realiza un buen uso de ella y que quedan muchos aspectos en los que hay margen de mejora (AEEPPCS, 2014). En un contexto de crisis económica como el que atraviesan numerosos países europeos, incluida España, la gestión eficiente de los recursos y las consideraciones sobre equidad han cobrado aún más relevancia por la mayor sensibilización de los ciudadanos, lo que se ha traducido en una mayor demanda de información sobre las decisiones en materia de financiación pública y cobertura en salud. En esta sección se describen las principales características de la cobertura farmacéutica y, a continuación, se presenta de forma resumida el proceso de fijación de precios y financiación de los medicamentos en un conjunto de países europeos. La fuente de la que se ha extraído principalmente la información es un Documento de Trabajo de la OCDE (Paris y Belloni, 2013).

1. Cobertura de los cuidados farmacéuticos

Para la atención de las necesidades sanitarias básicas de la población, algunos países europeos se han dotado de un Sistema Na-

cional de Salud (SNS) financiado por impuestos, como ocurre en Dinamarca, Italia, España, Suecia y Reino Unido, mientras que otros, como Bélgica, Francia, Alemania, Países Bajos o Noruega, han optado por un modelo de Seguridad Social basado en el seguro obligatorio. En todos estos países, la cartera de servicios comunes de prestación farmacéutica es definida desde una instancia central, si bien en España las comunidades autónomas pueden ofrecer prestaciones adicionales. Dicha cartera se define mediante listas positivas en casi todos los países. Bélgica, Francia, Italia y España cuentan con listas positivas de medicamentos para pacientes no hospitalizados y para pacientes hospitalizados, mientras que Suecia tiene una lista positiva para los cuidados prestados a ambos tipos de pacientes. Dinamarca y Noruega solo definen una lista positiva de medicamentos o fármacos para pacientes no hospitalizados. En contraste, en Reino Unido, todos los medicamentos están cubiertos por defecto, salvo que pertenezcan a una categoría excluida de cobertura por el SNS y/o que figuren en una lista negativa. En dicho país, los hospitales desarrollan sus propios formularios. Lo mismo sucede en Alemania, donde los medicamentos están cubiertos una vez que son introducidos en el mercado, salvo que pertenezcan a una categoría excluida.

Cada país se esfuerza por atender la infinita demanda que caracteriza a los mercados de salud, si bien los recursos con los que cuentan son limitados. El acceso a medicamentos caros depende, pues, de las decisiones tomadas por los proveedores, que están sujetos a limitaciones presupuestarias. Así, es importante establecer ciertos criterios

formales para ayudar en la toma de decisiones. Este proceso de priorización debería evaluar el coste de oportunidad implícito en la utilización de los recursos económicos del SNS.

2. Políticas de financiación y precios

Las decisiones sobre financiación se basan en un conjunto de criterios predeterminados. Esencialmente, dichas decisiones responden a dos grandes criterios: *a)* exclusivamente la utilidad terapéutica; y *b)* la utilidad terapéutica y el aspecto económico. Algunos países (Francia, Alemania, Italia) valoran, como base para la decisión de financiación, los componentes clínicos del nuevo producto, la naturaleza de la patología tratada o la existencia de alternativas asistenciales. Otros, sin embargo, toman las decisiones sobre la inclusión o no en la prestación farmacéutica basándose como requisito primario en una evaluación económica (caso de Bélgica, Países Bajos, Noruega o Suecia). Según Paris y Belloni (2013), los principales criterios utilizados en España para las decisiones de reembolso son: un precio razonable en relación con el valor terapéutico, el coste-efectividad (evaluación económica) y el impacto presupuestario. Una vez que un medicamento se ha considerado apto para ser incluido en la cobertura pública, se procede a la negociación del precio.

El método más frecuente de regulación de precios o de los precios de reembolso de los medicamentos parece ser la comparativa internacional y la referencia terapéutica. La excepción es Reino Unido, que, en la negociación de precios, utiliza los resultados de las evaluaciones económicas para

determinar un precio aceptable. Por tanto, cada país presenta diferentes instituciones responsables de la evaluación, de tomar decisiones y del reembolso. En España, la función de evaluación está encomendada a la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, adscrita al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. El ministerio es responsable de las decisiones de reembolso, mientras que la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos está encargada de todo lo relativo a fijación de precios y su negociación.

3. Precios basados en el valor como base para las decisiones

Los criterios tenidos en cuenta para las decisiones sobre precios y reembolso son clave para comprender si el concepto de la eficiencia está integrado en el proceso de tomar decisiones. Se pretende que el «precio basado en el valor» sea un criterio utilizado en las decisiones relacionadas con la salud. De hecho, en 2010, el Departamento de Salud de Inglaterra y Gales en Reino Unido introdujo cambios con el fin de reformar sus sistemas de regulación de precios de los medicamentos, con más de cincuenta años de antigüedad. Los objetivos perseguidos al acometer dicha reforma eran «conseguir mejores resultados en salud, fomentar la innovación, lograr una evaluación más amplia y transparente y obtener un mejor valor en salud con los recursos invertidos por el SNS» (Departamento de Salud de Inglaterra y Gales, 2010). Efectivamente, este criterio busca definir lo que se puede considerar «valor» en el ámbito de la salud y lo que constituye un umbral de referencia de coste-

efectividad, reflejando el coste de oportunidad de los fondos del SNS asignados a medicamentos. La definición de valor añadido en salud no es una tarea fácil, lo que explica la dificultad de establecer criterios incluso en aquellos países en los que la evaluación económica se encuentra históricamente implementada cuando se toman decisiones. El concepto de valor se basa principalmente en las ventajas terapéuticas adicionales en términos de salud para los pacientes. Por lo tanto, este criterio implica que si un nuevo producto o una nueva indicación no posee ninguna ventaja terapéutica adicional, entonces la decisión acerca de su financiación dependerá de una reducción en el coste del tratamiento. En tal caso, la sociedad obtendrá el mismo nivel de cuidado y de salud, pero a un coste más bajo. Conviene señalar que los métodos analíticos de evaluación económica han de estar bien establecidos para que puedan utilizarse en las decisiones sobre precios y financiación. En 1999 nació en Inglaterra y Gales el National Institute for Health and Care Excellence (NICE) con el fin de llevar a cabo evaluaciones sobre tecnologías sanitarias y ayudar a tomar decisiones a nivel local. Este organismo ha desarrollado métodos explícitos y transparentes para poder llevar a cabo evaluaciones económicas.

4. ¿Por qué España es diferente?

Desde la aprobación de la Constitución hasta el último Real Decreto Ley 16/2012, el coste-efectividad y la eficiencia deberían ser los criterios que rijan las decisiones sobre precios y financiación en España. Según Paris y Belloni (2013), los estudios sobre coste-efectividad se utilizan oca-

sionalmente en España para basar las decisiones sobre precios de los medicamentos. Sin embargo, en la práctica, la realidad parece ser muy distinta. Primero, si lo comparamos con la situación en otros países como Reino Unido, en España no existen criterios explícitos y transparentes declarados y establecidos por el Gobierno como base para las decisiones sobre precios y financiación. Segundo, aun cuando la evaluación económica se tenga en cuenta a efectos internos, no existen modelos analíticos acordados a nivel central para realizar análisis de evaluación económica. No fue sino hasta hace relativamente poco cuando el gobierno regional de Cataluña publicó unas directrices metodológicas para llevar a cabo evaluaciones económicas y de impacto presupuestario (Puig-Junoy *et al.*, 2014). Por último, no está claro qué institución es responsable de realizar las evaluaciones económicas. Por consiguiente, hasta que no se establezca la evaluación económica como el criterio para tomar decisiones en salud y, en segundo término, se marque un umbral de coste-efectividad en España, no existirá realmente la posibilidad de introducir el precio basado en el valor.

Actualmente, la prioridad del Gobierno consiste en adoptar medidas a corto plazo y contener el gasto sanitario. Sin embargo, según López-Casasnovas (2010), el gasto sanitario en España está en un nivel básicamente adecuado si nos atenemos a la renta per cápita y al tipo de sistema de salud existente en España. Habida cuenta de la fuerte disparidad en las dinámicas de gasto antes y después de la crisis, las reformas deberían ir fundamentalmente encaminadas a mejorar la eficiencia del sistema, y no a reducir el gasto en sanidad. De hecho,

el margen de mejora es muy amplio sin necesidad de alterar los pilares esenciales del sistema de salud público español.

III. LA REINVERSIÓN COMO «REQUISITO» PARA INCORPORAR EL COSTE DE OPORTUNIDAD EN LA TOMA DE DECISIONES

En economía, cuando se habla de costes, se incluye el «coste de oportunidad», entendiendo como tal el valor perdido por el hecho de no aplicar un recurso a su mejor uso alternativo (Culyer, 2005). Se suele admitir que varios de los recursos empleados en los sistemas de salud no se traducen en una mejor salud para la población (OCDE, 2010b); así sucede, por ejemplo, cuando se destinan recursos a prestar servicios que no suponen una mejora de la salud, o bien cuando se utilizan métodos ineficientes para prestar servicios, o cuando se cobran precios no competitivos por los servicios y productos sanitarios, etc. Estos canales de derroche implícito brindan oportunidades para reducir el gasto sanitario per cápita al mismo tiempo que mejoran los resultados clínicos y la experiencia médica de los pacientes.

En las últimas décadas se ha producido un crecimiento de la inversión a cargo de las empresas farmacéuticas en técnicas y tecnologías con escaso valor añadido en términos de salud. Como consecuencia, hay un amplio consenso sobre la necesidad de dejar de financiar tecnologías de bajo valor añadido (Nutti *et al.*, 2010). Las medidas de reinversión aparecen, pues, como ayuda en la consecución de este objetivo. Sin embargo, el término reinversión no debe entenderse como sinónimo de reducción de

la inversión o de desinversión. Siguiendo a Campillo-Artero y Bernal-Delgado (2013), este término debe emplearse para describir aquel proceso por el que las tecnologías sanitarias de menor eficiencia dejan de financiarse, en todo o en parte, con cargo a los recursos del Estado, destinándose los recursos liberados a fomentar otras tecnologías que aportan mayor valor en salud. La reinversión debe contemplarse como una actividad local, ya que puede que haya razones que justifiquen mantener una tecnología en un área clínica particular, tales como cambios demográficos, las condiciones de salud, los recursos, etcétera. La experiencia en esta área apunta, por ejemplo, a comenzar este proceso de reinversión prudentemente con tecnologías no seguras (con razones de coste-efectividad o coste-utilidad altas), que no se usen para tratar enfermedades graves, de alto impacto presupuestario, etc. Es importante acompañar estas medidas con el refuerzo del uso de tecnologías infrutilizadas que tienen una buena relación de coste-efectividad.

Como ya se ha detallado por Campillo-Artero y Bernal-Delgado (2013), varios países han demostrado que cuando la reinversión se realiza en tecnologías médicas debidamente seleccionadas utilizando criterios de eficiencia a través de métodos fiables y rigurosos, es posible liberar una parte del presupuesto fijo para financiar nuevas tecnologías con relaciones de coste-efectividad incrementales favorables. Esto minimiza su coste de oportunidad y mejora la eficiencia social de todo el sistema de salud. La estrategia de recortes que se está aplicando en varios países europeos solo sirve para paliar los efectos de la crisis, y no como mecanismo de mejora de la eficiencia.

Por ejemplo, países como Australia y Nueva Zelanda identifican tecnologías que se han revelado como no coste-efectivas y establecen criterios para priorizar tecnologías candidatas a la reinversión, lo cual incluye analizar los obstáculos que habrán de superarse. En Canadá se publican periódicamente listas de tecnologías y servicios seleccionados que resultan excluidos. En Nueva Zelanda se dan a conocer públicamente las decisiones tanto de inversión como de desinversión. En Europa, el país más adelantado a este respecto es Reino Unido a través del NICE, que posee experiencia en reducir el uso de tecnologías ineficientes. NICE identifica tecnologías candidatas a la reinversión y formula recomendaciones sobre priorización de la reinversión en aquellas tecnologías cuyo coste no justifica su valor en salud. Por otro lado, también genera información sobre los costes y los ahorros asociados a este proceso.

En España, las condiciones para la exclusión de determinadas tecnologías de la cartera de servicios comunes y el procedimiento para actualizarla vienen recogidas por la ley (Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud de 2003, Real Decreto 1030/2006 y Orden Ministerial SCO/3422/2007). Con todo, si bien España cuenta con un marco regulatorio que legalmente propicia la reinversión, su naturaleza descentralizada confiere a los proyectos de reinversión el carácter de iniciativas locales para cada comunidad. Por tanto, el sistema descentralizado español no facilita las cosas en términos de reinversión.

Así pues, la cuestión que debemos plantearnos es: ¿qué tecnologías deberían ser sustituidas, de modo que esos recursos se

destinen a otras nuevas, maximizando la eficiencia global del sistema de salud? La respuesta implica incorporar las nuevas tecnologías y sustituir aquellas otras que no maximizan los resultados de salud con el presupuesto fijo disponible. El proceso no es sencillo y se enfrenta a diversos problemas. No obstante, es importante trabajar en la consecución de este objetivo.

La reducción de los costes sanitarios no pasa exclusivamente por destinar un menor volumen de recursos, sino también por hacer un mejor uso de los recursos invertidos, incurriendo en un coste de oportunidad más bajo para la sociedad. La reinversión, la asignación de los recursos para la prestación de servicios con criterios explícitos y la incorporación del concepto de coste de oportunidad en la toma de decisiones podrían ayudar a conseguir mejoras en los cuidados y la salud a partir de recursos limitados.

IV. POSIBLES LÍNEAS DE ACTUACIÓN

Con el fin de ayudar a racionalizar el gasto sanitario en España, son varias las actuaciones que podrían emprenderse desde el Gobierno español. Algunas organizaciones e instituciones, entre ellas la Fundación de Estudios de Economía Aplicada (FEDEA) (Beltrán *et al.*, 2009) o la Asociación de Economía de la Salud (AES) (AES, 2013), han desarrollado y publicado medidas concretas para ayudar a mejorar el SNS en España.

El objetivo en Beltrán *et al.* (2009) era «dar un primer paso» para generar un debate activo sobre la necesidad de evolución del sistema sanitario actual en España. Esto incluye una serie de

cuatro medidas de impacto que sirvan para empezar a avanzar y sean referente para implantar nuevos cambios en el futuro. La primera medida consiste en introducir nuevos mecanismos de corresponsabilización de los usuarios. Con esta medida se pretende, por un lado, mejorar la calidad de la atención primaria induciendo a un mejor uso de la misma y fomentar más tiempo de atención al paciente por parte del médico. Con esto se busca un sistema más justo, que evite la naturaleza regresiva del sistema actual y que redistribuya el peso de la contribución entre los grupos sociales según su capacidad para asumirlo. Por ejemplo, las propuestas incluyen introducir un *ticket* moderador del consumo en atención primaria y urgencias. La segunda medida consiste en incorporar de forma sistemática las nuevas prestaciones y la innovación terapéutica en el sistema, tal como se ha mencionado anteriormente. La tercera medida aspira a incrementar la transparencia en el desempeño de los proveedores de servicios sanitarios con la intención de abaratar los costes y mejorar los resultados (Fung *et al.*, 2008; Mongan *et al.*, 2008; Shea *et al.*, 2007).

Y por último, pero no menos importante, se pretende fomentar la autonomía de gestión y los esquemas de incentivos a los centros y a sus profesionales.

Además de este trabajo, un libro de reciente publicación de la Asociación de Economía de la Salud (AES, 2013) presenta una relación de 166 propuestas a adoptar, agrupadas en cuatro grandes capítulos: 1) Financiación y cobertura pública; 2) Organización de la asistencia sanitaria; 3) Políticas de salud, y 4) Buen gobierno de la sanidad. Cada capítulo está subdividido en varios apartados.

Uno de los principales mensajes es que las reformas deben ir encaminadas prioritariamente a mejorar la eficiencia del sistema al tiempo que se mantienen los elementos esenciales que hacen reconocible al sistema sanitario público español. Así, debería explicitarse claramente el coste de oportunidad del presupuesto sanitario, a fin de decidir de modo transparente y cabal el volumen de recursos públicos que desea destinarse a financiar la atención sanitaria. Esta tarea requiere de la instauración de una auténtica cultura evaluadora a todos los niveles, y del refuerzo de las buenas prácticas de gobierno.

En lo que respecta a la cobertura pública de prestaciones, debería haber interés en revisar y adaptar de un modo objetivo y transparente los métodos de incorporación de nuevas tecnologías sanitarias. Por tanto, en primer término se necesitan agencias evaluadoras, personas o instituciones, como el NICE británico, que ayuden en este punto.

En segundo lugar, debería utilizarse la evaluación económica y el análisis de impacto presupuestario como herramientas clave para la toma de decisiones en financiación pública y fijación de precios de los medicamentos y productos sanitarios.

En tercer lugar, estos análisis deberían ayudar a identificar aquellos productos cuyo valor terapéutico añadido supere el coste de oportunidad de incorporar o mantener la innovación, y aquellos donde dicho valor es inferior. Esto es congruente con la utilización del concepto del «precio basado en el valor».

En cuarto lugar, deberían aplicarse guías y recomendaciones ya existentes (Abellán *et al.*, 2009;

López-Bastida *et al.*, 2010; Puig-Junoy *et al.*, 2014) para la presentación de estudios de evaluación económica y de impacto presupuestario de manera reglada. Ello debería complementarse con la consideración de otros elementos técnicos (como el valor terapéutico añadido), la importancia de la equidad, la gravedad de la enfermedad o la ausencia de alternativas de tratamiento relevantes, para superar las dificultades inherentes a los criterios de eficiencia.

En quinto lugar, se deberían impulsar investigaciones encaminadas a estimar de forma empírica cuál tendría que ser el umbral de eficiencia o precio máximo por unidad de efectividad/utilidad (Año de Vida Ajustado por la Calidad) del SNS. Dicho umbral «básico» debería ponderarse por aquellos factores que se juzgan relevantes para fijar el precio de las nuevas tecnologías sanitarias.

En sexto y último lugar, se debería desarrollar una estrategia a largo plazo de reinversión, de forma que los criterios de actualización de las carteras básica y suplementaria del SNS contemplen no solo la incorporación de nuevas tecnologías sanitarias, sino también la desinversión en aquellas que revelen aportar un bajo valor en salud.

En cuanto a la financiación y la fijación de precios, existe la necesidad de impulsar políticas que fomenten la competencia en precios en el mercado de genéricos. Estas incluyen explorar medidas para mejorar el sistema actual de reembolso máximo en genéricos, medidas para mejorar el seguimiento de los precios competitivos a fin de reembolsar a las farmacias únicamente los costes realmente incurridos en su adquisición,

y medidas para promover la competencia en precios en las adquisiciones públicas basadas en subastas competitivas. Existe la necesidad de una profunda reforma del sistema de precios de referencia. Por ejemplo, y salvo que se demuestre lo contrario, este sistema ya incluye por defecto los nuevos medicamentos patentados. El sistema debe remodelarse para que refleje la realidad actual.

V. CONCLUSIONES

En síntesis, primero, el catálogo de prestaciones cubiertas por el Sistema Nacional de Salud debería inspirarse en criterios formales instaurados por el Gobierno. Segundo, las decisiones sobre financiación y fijación de precios deberían regirse por consideraciones de valor terapéutico y económicas. Tercero, las consideraciones subyacentes al «precio basado en el valor» deberían ser la norma innegociable en todas las decisiones relacionadas con la salud en Europa, utilizando la evaluación económica como el método de referencia. Cuarto, España no es diferente a otros países. Es necesario mejorar la transparencia y demostrar que la eficiencia es tenida en cuenta a la hora de tomar decisiones relativas al sistema sanitario. Quinto, debe entenderse la importancia y relevancia del concepto «reinversión» para impulsar aquellas tecnologías con superior valor clínico añadido mediante la liberación de recursos en aquellas otras menos eficientes. Y, por último, hay diferentes instituciones y asociaciones que elaboran recomendaciones específicas para nuestros responsables de la toma de decisiones con el fin de apoyar la salud en nuestro país, las cuales deberían ser escuchadas.

BIBLIOGRAFÍA

- ABELLÁN, J.M.; SÁNCHEZ, F.I., y MARTÍNEZ, J.E. (2009), «La medición de la calidad de los estudios de evaluación económica. Una propuesta de 'checklist' para la toma de decisiones», *Revista Española de Salud Pública*, 83(1): 71-84.
- ASOCIACIÓN DE ECONOMÍA DE LA SALUD (AES) (2013), *Sistema Nacional de Salud: Diagnóstico y propuestas de avance*, Imcrea Editorial, Badajoz, España.
- AGENCIA ESTATAL DE EVALUACIÓN DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS (AEPP) (2013), *La importancia de los servicios públicos en el bienestar de los ciudadanos*, Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas.
- AGENCIA ESTATAL DE EVALUACIÓN DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS Y LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS (AEPPCS) (2014), *Calidad de los servicios públicos en tiempos de austeridad*, Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas.
- BELTRÁN, A.; FORN, R.; GARICANO, L.; MARTÍNEZ, M.M., y VÁZQUEZ, P. (2009), «Impulsar un cambio posible en el sistema sanitario». Fundación de Estudios de Economía Aplicada (FEDEA) y McKinsey&Company. Disponible en: www.fedea.net/cambiosposible/documentos/sanidad_cambio_posible.pdf.
- CAMPILLO-ARTERO, C., y BERNAL-DELGADO, E. (2013), «Reinversión en sanidad: fundamentos, aclaraciones, experiencias y perspectivas», *Gaceta Sanitaria*, 27(2): 175-179.
- CULYER, A.J. (2005), *The Dictionary of Health Economics*, Edward Elgar Publishing, Printed in Great Britain.
- DEPARTMENT OF HEALTH ENGLAND AND WALES (2010), «Equity and excellence: Liberating the NHS». Crown Copyright. ISBN: 9780101788120. Disponible en: www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/213823/dh_117794.pdf.
- FUNG, C.H.; LIM, Y.W.; MATTKE, S.; DAMBERG, C., y SHEKELLE, P.G. (2008), «Systematic review: The evidence that publishing patient care performance data improves quality of care», *Annals of Internal Medicine*, 148(2): 111-123.
- LÓPEZ-BASTIDA, J.; OLIVA, J.; ANTOÑANZAS, F., *et al.* (2010), «Propuesta de guía para la evaluación económica aplicada a las tecnologías sanitarias», *Gaceta Sanitaria*, 24(2): 154-170.
- LÓPEZ-CASASNOVAS, G. (2010), «Las cifras del gasto sanitario en su comparativa. Errores y omisiones», *Gestión Clínica y Sanitaria*, 12(1): 27-29.
- MONGAN, J.J.; FERRIS, T.G., y LEE, T.H. (2008), «Options for slowing the growth of

<p>health care costs», <i>New England Journal of Medicine</i>, 358(14): 1509-1514.</p> <p>NUTI, S.; VAINIERI, M., y BONINI, A. (2010), «Disinvestment for re-allocation: a process to identify priorities in healthcare», <i>Health Policy</i>, 95(2-3): 137-143.</p> <p>OECD (2010a), «Health care systems: Getting more value for money». OECD Economics Department Policy Notes n.º 2.</p> <p>— (2010b), «Value for money in health spending». OECD Health Policy Studies.</p> <p>— (2013), <i>Health at a Glance 2013: OECD Indicators</i>, OECD Publishing. Disponible</p>	<p>en: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en.</p> <p>PARIS, V., y BELLONI, A. (2013), «Value in Pharmaceutical Pricing». OECD Health Working Papers n.º 63, OECD Publishing. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1787/5k43jc9v6knx-en.</p> <p>PUIG-JUNOY, J.; OLIVA, J.; TRAPERO-BERTRAN, M.; ABELLÁN, J.M., y BROSSA, M. (2014), <i>Guía y recomendaciones para la realización y presentación de evaluaciones económicas y análisis de impacto presupuestario de medicamentos en el ámbito del Catesalut</i>, Generalitat de</p>	<p>Catalunya, Catesalut. Disponible en: www.20.gencat.cat/docs/salut/Minisite/catesalut/Proveidors_professionals/medicaments_farmacia/farmaceutica/CAEIP/GAEIP_PUBLICA_CASTELLANO_12_03_14_CATSALUT.pdf.</p> <p>SHEA, K.; SHIH, A., y DAVIS, K. (2007), «Health care opinion leaders' views on the transparency of health care quality and price information in the United States» [último acceso, 5 de octubre de 2009]. Disponible en: www.commonwealthfund.org/usr_doc/Shea_HCOLtransparency-surveydatabrief_1078.pdf?section=4039.</p>
---	---	---

Resumen

La diabetes tipo 2 es una enfermedad grave que supone una enorme carga económica y social a escala global. La prevención primaria es la única estrategia que puede atenuar el problema, por lo que se precisa una combinación de enfoques poblacional y sobre individuos de alto riesgo. Los programas de cribado están justificados, pero solo si se orientan a identificar sujetos de alto riesgo de diabetes tipo 2 en el futuro. El FINDRISC es una herramienta sencilla y no invasiva para identificar sujetos con alto riesgo de desarrollar diabetes, los cuales se beneficiarán de asesoramiento sobre estilo de vida como medio para prevenir la enfermedad.

Palabras clave: diagnóstico, identificación, intervención, prevención, puntuación de riesgo, cribado, diabetes tipo 2.

Abstract

Type 2 diabetes is a serious disease with a huge global economic and social burden. Primary prevention is the only strategy which can lessen the problem and both population and high-risk approaches are needed. Screening programmes are warranted, but only if they aim at identifying individuals with high risk of getting type 2 diabetes in the future. The FINDRISC is a simple and non-invasive tool to identify individuals at high risk for diabetes who will benefit from lifestyle counselling in order to prevent the development of type 2 diabetes.

Key words: diagnosis, identification, intervention, prevention, risk score, screening, Type 2 diabetes.

JEL classification: I10.

¿DEBERÍAMOS REALIZAR CRIBADO SOBRE LA DIABETES TIPO 2?

Jaana LINDSTRÖM

Instituto Nacional de Salud y Bienestar, Helsinki

I. LA DIABETES TIPO 2 ES UNA AFECCIÓN COMÚN Y COSTOSA

La diabetes tipo 2 es una enfermedad de desarrollo gradual, que se caracteriza por una dilatada fase subclínica que incluye la alteración de la tolerancia a la glucosa (ATG) y la diabetes asintomática. Surge como resultado de un complejo proceso multifactorial en el que influyen tanto factores de estilo de vida como de orden genético. Los individuos genéticamente susceptibles cuyo organismo se hace resistente a la insulina como resultado de la interacción con factores medioambientales, como la obesidad o el sedentarismo, pueden desarrollar hiperglucemia (glucosa elevada en sangre). El páncreas responde a dicha situación produciendo mayores cantidades de insulina. Finalmente, cuando la función de las células pancreáticas es insuficiente para compensar la resistencia a la insulina, la hiperglucemia empeora y da paso a la diabetes declarada. Por lo general, esta secuencia puede llevar años (Harris *et al.*, 1992).

En las poblaciones de origen caucásico, se calcula que la proporción de personas predispuestas genéticamente a la diabetes tipo 2 oscila entre el 20 y el 50 por 100 (Valle *et al.*, 1997); no obstante, las pruebas genéticas a individuos propensos a tener diabetes tipo 2 se siguen considerando de escaso valor en el ámbito de la práctica clínica (Lyssenko y Laakso, 2013). Los

factores de riesgo más importantes para la diabetes tipo 2 son la obesidad, el sedentarismo y una dieta poco saludable (OMS, 2003). Los principales determinantes de la actual epidemia son unos crecientes niveles de obesidad y el envejecimiento de la población. La diabetes es una afección cuyas complicaciones micro y macrovasculares tienen efectos de moledores, pudiendo provocar ceguera, amputaciones, fallo renal y enfermedades cardiovasculares (Federación Internacional de Diabetes, 2012). El tratamiento de estas graves complicaciones es caro (Anónimo, 1998), llevando a que el cuidado de la diabetes represente hasta el 15 por 100 de los presupuestos nacionales de sanidad (Federación Internacional de Diabetes, 2013). Además, se calcula que los costes relacionados con la disminución de la capacidad laboral, jubilaciones anticipadas y muertes prematuras superan incluso a los costes directos del cuidado de la diabetes.

La prevalencia de la diabetes tipo 2 ha ido en continuo aumento durante las últimas décadas. Según datos de la Federación Internacional de Diabetes, 56 millones de adultos en Europa padecen diabetes tipo 2, estimándose que dicho número crecerá hasta los 69 millones en 2035 (Federación Internacional de Diabetes, 2013). La epidemia de diabetes está acelerándose en el mundo desarrollado en paralelo con los mayores índices de obesidad, con una penetración cada vez mayor entre los grupos de edad más jóvenes. Otra preo-

cupación añadida es que el diagnóstico de la diabetes tipo 2 suele demorarse, y la mitad de los nuevos diagnosticados positivos muestran signos de las complicaciones de la enfermedad en el momento del diagnóstico, un marcador que revela que la enfermedad ya estaba presente de forma asintomática durante bastante tiempo (Kohner *et al.*, 1998). En los programas de cribado de diabetes basados en la población, por cada diabético que conocía su enfermedad, se suele identificar otro nuevo caso de diabetes (Gregg *et al.*, 2004; Ylihärsilä *et al.*, 2005). Dicho de otro modo, solo alrededor de la mitad de los diabéticos actuales conocen que lo son. Entonces, ¿deberíamos plantearnos realizar un cribado masivo para identificar a aquellas personas que padecen esta grave enfermedad y aún no lo saben? ¿Mejora la detección temprana el pronóstico clínico de la afección?

II. PRERREQUISITOS PARA EL CRIBADO

El cribado, en su concepto más amplio, se puede definir como «la aplicación de procedimientos de selección (cuestionario, examen físico o algún otro susceptible de rápida aplicación) con objeto de identificar, en la fase de latencia, a aquellos individuos que pueden estar enfermos o presentar un factor de riesgo. Se trata de separar o diferenciar a las personas aparentemente sanas que probablemente padecen una enfermedad de las personas aparentemente sanas que probablemente no la padecen» (Wilson y Jungner, 1968). El objetivo del cribado es reducir la morbimortalidad relacionada con la enfermedad mediante el tratamiento precoz de los casos detectados. Además, el término «programa de cribado» incluye la

detección y el tratamiento precoz de la enfermedad. Los programas de cribado solo deberían aplicarse a enfermedades que se encuentren en una fase subclínica y en las que el tratamiento en el estadio precoz haya demostrado mayor efectividad que el tratamiento una vez aparecidos los síntomas (Morrison, 1992).

Los principios universales del cribado fueron enunciados por Wilson y Jungner (1968) del siguiente modo: la enfermedad debe constituir un problema de salud importante; existe tratamiento clínico; se disponen de recursos para su diagnóstico y tratamiento; existe un estado latente de la enfermedad; existen tests o pruebas diagnósticas adecuadas de cribado; son tests aceptables para la población; se conoce bien la historia natural de la enfermedad; existe un consenso de quiénes son los individuos que deben ser tratados como pacientes; el coste total de detectar un caso es efectivo en relación con el gasto sanitario en su conjunto; debe realizarse de forma continua.

La diabetes tipo 2 es una enfermedad que cumple bien muchos de estos principios. No cabe duda de que constituye un problema importante de salud mundial (OMS, 2013). Hay coincidencia en cuanto al método de diagnosticar la enfermedad antes de que aparezcan síntomas clínicos (OMS y Federación Internacional de Diabetes, 2006; OMS, 2011), y las vías de tratamiento se encuentran consolidadas al menos en los países desarrollados. Los resultados procedentes del UKPDS aportan evidencia a favor de un tratamiento precoz agresivo de la hiperglucemia para prevenir las complicaciones de la enfermedad (UK Prospective Diabetes Study —UKPDS— Group, 1998). Se ha probado que el con-

trol glucémico intensivo reduce significativamente los eventos coronarios entre pacientes diabéticos (Ray *et al.*, 2009). Sin embargo, por lo que respecta a las ventajas de un tratamiento precoz en comparación con un diagnóstico y tratamiento más tardío, sigue sin haber pruebas concluyentes. Aún carecemos de ensayos clínicos aleatorios con los que demostrar la efectividad de programas de cribado sobre diabetes tipo 2 en fase latente a la hora de reducir la morbimortalidad relacionada con la enfermedad. Desconocemos, por tanto, si los posibles años adicionales de tratamiento que pudieran haber recibido los sujetos diagnosticados mediante cribado habrían mejorado el pronóstico de la afección. Los recientes hallazgos del estudio ADDITION-Europe demostraron que la gestión intensiva de los casos de diabetes tipo 2 detectados mediante cribado no se tradujo en una reducción de la frecuencia de eventos microvasculares tras cinco años, si se compara con los cuidados rutinarios (Sandbæk *et al.*, 2014).

Pero los resultados cambian si, en lugar de centrarnos en pacientes con diabetes en estado de latencia no diagnosticada, intentamos identificar sujetos con alto riesgo de padecer diabetes tipo 2 en el futuro. Disponemos de evidencia muy sólida de ensayos clínicos en un gran número de países de diversas partes del mundo de que la diabetes tipo 2 puede prevenirse con modificaciones relativamente simples en la forma de vida de los sujetos con alto riesgo (Yamaoka y Tango, 2005; Gillies *et al.*, 2007). Los hallazgos más recientes del Estudio finlandés sobre Prevención de la Diabetes (DPS, por sus siglas en inglés), una investigación de referencia en el campo de la prevención primaria de la dia-

betes tipo 2, demostró que la diabetes puede retrasarse en una media de cinco años entre varones y mujeres de mediana edad con sobrepeso que presentaban alteración de la tolerancia a la glucosa en el momento inicial (Lindström *et al.*, 2013). Por tanto, está justificado centrarse en identificar e intervenir en individuos de alto riesgo antes de que su afección empeore y pase a una diabetes declarada.

Existen dos enfoques generales para detectar el riesgo de padecer diabetes tipo 2 en el futuro. Uno es medir el nivel de glucosa en sangre para identificar la denominada situación de prediabetes, consistente normalmente en alteración de la tolerancia a la glucosa (ATG) o intolerancia en ayunas a la glucosa (IAG). El otro es utilizar características demográficas y clínicas, así como posiblemente resultados disponibles de pruebas de sangre rutinarias, para determinar la probabilidad futura de padecer diabetes tipo 2, pero sin medir las concentraciones (actuales) de glucosa. La medición de la concentración de glucosa en sangre, bien en ayunas, bien posprandial (a las dos horas de la ingesta de un alimento), es un procedimiento invasivo, costoso si se realiza a gran escala y que lleva mucho tiempo. La concentración de glucosa en sangre, en conjunto, tiene un amplio componente aleatorio de variabilidad, y solo aporta información sobre el estatus glucémico actual del sujeto.

III. EJEMPLO DE HERRAMIENTA NO INVASIVA DE CRIBADO PARA LA DIABETES TIPO 2: EL FINDRISC

Hay varias herramientas disponibles para identificar personas

con riesgo incrementado de desarrollar diabetes tipo 2 (Abbasi *et al.*, 2012). Una de las habitualmente utilizadas es el Finnish Diabetes Risk Score o FINDRISC (Lindström y Tuomilehto, 2003). Respondiendo a un cuestionario de ocho sencillas variables (edad, índice de masa corporal, perímetro de cintura, antecedentes familiares de diabetes, consumo de medicamentos para el control de la hipertensión arterial, consumo de frutas y verduras, actividad física, antecedentes de glucemia elevada), puede obtenerse una estimación relativamente precisa del riesgo de desarrollar diabetes en los siguientes diez años. El FINDRISC fue concebido originalmente para su uso entre personas sin conocimientos técnicos ni acceso a equipos médicos o tests en laboratorio. Además, tenía una finalidad divulgativa sobre los factores de riesgo de la diabetes tipo 2. El FINDRISC ha sido validado para su uso, tal cual o en una versión adaptada, en varios países (Bergmann *et al.*, 2007; Alsema *et al.*, 2008; Franciosi *et al.*, 2005; Janghorbani *et al.*, 2013; Ku y Kegels, 2013; Costa *et al.*, 2013; Zhang *et al.*, 2014).

Lo singular del FINDRISC radica en que busca predecir la diabetes futura a partir de varios factores rápidos y fáciles de medir sin recurrir a métodos invasivos, factores que se sabe están asociados al riesgo de desarrollar diabetes tipo 2. El cuestionario es de fácil comprensión, y dirige la atención de la persona hacia los factores de riesgo de diabetes susceptibles de ser modificados. La interpretación del riesgo de diabetes es sencilla, y puede expresarse en términos probabilísticos con relativa exactitud. Las personas con un valor FINDRISC bajo poseen una baja probabilidad de desarrollar diabetes tipo 2. Así, estas personas

pueden ser excluidas de procedimientos médicos adicionales sin correr riesgos serios de falsos negativos. Dada la alta prevalencia de diabetes tipo 2 no diagnosticada, la prueba de la glucosa para diagnosticar diabetes latente entre sujetos con altos valores FINDRISC está justificada, si bien se entiende que, con independencia de cuál sea su actual estatus glucémico, las personas con puntuaciones de riesgo elevadas se beneficiarán de un cambio en su estilo de vida. Utilizar el FINDRISC puede reducir drásticamente el número de pruebas invasivas requeridas en la fase de cribado.

Aun cuando el FINDRISC se diseñó para predecir el riesgo de diabetes futura, se reveló también como un método razonablemente fiable para identificar diabetes no diagnosticada en una muestra aleatoria de población de 2.966 hombres y mujeres con edades entre 45 y 74 años (Saaristo *et al.*, 2005). Además, el FINDRISC mostró una estrecha relación con la presencia de factores de riesgo cardiovascular y síndrome metabólico. Cabe resaltar, asimismo, que la puntuación de riesgo ha resultado una variable predictiva razonablemente buena de las enfermedades coronarias, el ictus y la mortalidad total (Silventoinen *et al.*, 2005). Esta evidencia avalaría con más argumentos si cabe la conveniencia de realizar intervenciones en el estilo de vida de individuos con altos valores en FINDRISC. De forma importante, al aplicarse el formulario FINDRISC en el DPS, pareció predecir la incidencia de la diabetes en el grupo de control, pero no se observó asociación alguna entre los participantes del grupo de intervención (Lindström *et al.*, 2008). Este hallazgo sugiere claramente que una vez que se ha identificado a los sujetos de alto riesgo median-

te el FINDRISC y se les ha brindado asesoramiento adecuado sobre estilo de vida, la diabetes tipo 2 puede prevenirse o, al menos, retrasarse.

Un motivo de preocupación ha consistido en los efectos psicológicos colaterales del cribado. Los resultados del test del cribado, tanto si se trata de positivos reales como falsos, pueden generar ansiedad en el paciente. Si el resultado positivo del cribado se confirma con una prueba diagnóstica, puede darse un empeoramiento del estatus sanitario percibido; a la inversa, un falso negativo en el test de cribado puede conducir a una falsa sensación de tranquilidad y a un agravamiento de la dolencia (Adriaanse y Snoek, 2006). Pese a todo, parece que el cribado sobre diabetes no induce, de hecho, ansiedad (Skinner *et al.*, 2005). Según los autores, esto obedecería a que el público en general no percibe la diabetes (tipo 2) como una enfermedad especialmente grave.

IV. IMPLICACIONES PRÁCTICAS

Una de las ventajas de utilizar el formulario FINDRISC para el cribado es que, además de identificar sujetos de alto riesgo, también divulga información sobre los factores de riesgo de la diabetes tipo 2 susceptibles de ser modificados. El FINDRISC puede incorporarse, por ejemplo, a los chequeos rutinarios de salud, y distribuirse formularios en farmacias, salas de espera, ferias de salud, periódicos, Internet, etcétera, dando así la oportunidad de llegar a aquellos que normalmente no tienen contacto periódico con los profesionales sanitarios. Todo ello está supeditado, lógicamente, a que se organice un

asesoramiento adecuado, nuevas pruebas en caso de ser necesario y el oportuno tratamiento. La mayoría de los ensayos clínicos y de implementación para prevenir la diabetes tipo 2 han utilizado modos de intervención en el estilo de vida «tradicionales», como asesoramiento individual y en grupo (Steyn *et al.*, 2009; Lindström *et al.*, 2010). No obstante, nuevos y prometedores hallazgos apuntan que utilizar Internet y las tecnologías móviles para apoyar cambios de forma de vida puede ser tan efectivo como el asesoramiento tradicional, aparejando unos costes y una carga de trabajo significativamente menores para el sistema sanitario (Ramachandran *et al.*, 2013).

V. CONCLUSIONES

El rápido aumento del número de pacientes con diabetes tipo 2, la naturaleza grave de la enfermedad, sus múltiples y serias complicaciones y sus crecientes costes socioeconómicos subrayan la importancia de las actuaciones preventivas (Anónimo, 2014). Las iniciativas a nivel poblacional que promuevan y estimulen una dieta sana, un estilo de vida activo y un peso corporal saludable revisten una importancia primordial, empezando desde la infancia y la adolescencia y continuando durante todo el ciclo de vida. Además del enfoque poblacional sobre prevención, se requiere un enfoque sobre individuos de alto riesgo. La evidencia relativa a los beneficios de una identificación precoz de la diabetes tipo 2 sigue sin ser concluyente, y es debatible si deberían invertirse recursos en programas de cribado por diabetes en fase de latencia sin diagnosticar (Federación Internacional de Diabetes, 2012). Ahora bien, hay evidencia rotunda de que la dia-

betes tipo 2 puede prevenirse mediante intervenciones en el estilo de vida, constatándose una reducción de hasta el 50 por 100 de la incidencia de la diabetes entre los sujetos de alto riesgo (Tuomilehto *et al.*, 2001). Los resultados recientes de Finlandia han mostrado que la diabetes puede retrasarse una media de cinco años incluso en personas que ya presentan regulación alterada de la glucosa (Lindström *et al.*, 2013). Esto podría tener un impacto importante en términos de salud pública y de reducción de costes, pues el envejecimiento de la población es uno de los principales determinantes del aumento de la diabetes, lo cual podría contrarrestarse retrasando la aparición de la enfermedad hasta un estadio de la vida más avanzado. Por tanto, los programas de cribado están justificados, pero solo si se destinan a identificar sujetos con alto riesgo de padecer diabetes tipo 2 en el futuro e incluyen programas de intervención sobre dichos casos. Durante esta clase de programas de cribado también se identificarán casos nuevos de diabéticos que desconocían que lo eran, a los que, naturalmente, deberá remitirse a tratamiento, incluso si no hay pruebas concluyentes sobre los beneficios de un diagnóstico precoz.

Dado que la diabetes tipo 2 constituye una enfermedad con factores causales heterogéneos y múltiples, las medidas preventivas deben basarse en modificar varios factores de riesgo simultáneamente. De lo contrario, el potencial de prevención seguirá siendo incompleto e insuficiente.

BIBLIOGRAFÍA

ABBASI, A.; PEELLEN, L.M.; CORPELEIJN, E.; VAN DER SCHOUW.; Y.T.; STOLK, R.P.; SPIJKERMAN, A.M.; VAN DER A, D.L.; MOONS, K.G.; NAVIS, G.; BAKKER, S.J., y BEULENS, J.W. (2012),

<p>«Prediction models for risk of developing type 2 diabetes: systematic literature search and independent external validation study», <i>BMJ</i>, 345: e5900.</p> <p>ADRIAANSE, M.C., y SNOEK, F.J. (2006), «The psychological impact of screening for type 2 diabetes», <i>Diabetes Metabolism Research and Reviews</i>, 22: 20-5.</p> <p>ALSSEMA, M.; FESKENS, E.J.; BAKKER, S.J.; GANSEVOORT, R.T.; BOER, J.M.; HEINE, R.J.; NIJPELS, G.; STEHOUWER, C.D.; VAN DER KRAAN, M., y DEKKER, J.M. (2008), «Finnish questionnaire reasonably good predictor of the incidence of diabetes in The Netherlands», <i>Ned Tijdschr Geneesk</i>, 152: 2418-2424.</p> <p>ANÓNIMO (1998), «Economic consequences of diabetes mellitus in the U.S. in 1997», <i>Diabetes Care</i>, 21: 296-309.</p> <p>— (2014), «Back to basics for diabetes», <i>The Lancet</i>, 383: 1945.</p> <p>BERGMANN, A.; LI, J.; WANG, L.; SCHULZE, J.; BORNSTEIN, S.R., y SCHWARZ, P.E. (2007), «A simplified finnish diabetes risk score to predict type 2 diabetes risk and disease evolution in a german population», <i>Hormone and Metabolic Research</i>, 39: 677-682.</p> <p>COSTA, B.; BARRIO, F.; PINOL, J.L.; CABRE, J.J.; MUNDET, X.; SAGARRA, R.; SALAS-SALVADO, J.; SOLA-MORALES, O., y DE-PLAN-CAT/PREDICE RESEARCH GROUP (2013), «Shifting from glucose diagnosis to the new HbA1c diagnosis reduces the capability of the Finnish Diabetes Risk Score (FINDRISC) to screen for glucose abnormalities within a real-life primary healthcare preventive strategy», <i>BMC Medicine</i>, 11. Disponible en: http://www.biomedcentral.com/1741-7015/11/45.</p> <p>FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE DIABETES (2012), <i>Global Guideline for Type 2 Diabetes</i>.</p> <p>— (2013), <i>Diabetes Atlas</i> (6.ª ed.). Disponible en: www.idf.org/diabetesatlas.</p> <p>FRANCIOSI, M.; DE BERARDIS, G.; ROSSI, M.C.; SACCO, M.; BELFIGLIO, M.; PELLEGRINI, F.; TOGNONI, G.; VALENTINI, M., y NICOLUCCI, A. (2005), «Use of the diabetes risk score for opportunistic screening of undiagnosed diabetes and impaired glucose tolerance: the IGLOO (Impaired Glucose Tolerance and Long-Term Outcomes Observational) study», <i>Diabetes Care</i>, 28: 1187-1194.</p> <p>GILLIES, C.L.; ABRAMS, K.R.; LAMBERT, P.C.; COOPER, N.J.; SUTTON, A.J.; HSU, R.T., y KHUNTI, K. (2007), «Pharmacological and lifestyle interventions to prevent or delay type 2 diabetes in people with impaired glucose tolerance: systematic review and meta-analysis», <i>BMJ</i>, 334: 299.</p> <p>GREGG, E.W.; CADWELL, B.L.; CHENG, Y.J.; COWIE, C.C.; WILLIAMS, D.E.; GEISS, L.; ENGELGAU, M.M., y VINICOR, F. (2004), «Trends in the prevalence and ratio of diagnosed</p>	<p>to undiagnosed diabetes according to obesity levels in the U.S.», <i>Diabetes Care</i>, 27: 2806-2812.</p> <p>HARRIS, M.I.; KLEIN, R.; WELBORN, T.A., y KNUIMAN, M.W. (1992), «Onset of NIDDM occurs at least 4-7 yr before clinical diagnosis», <i>Diabetes Care</i>, 15: 815-819.</p> <p>JANGHORBANI, M.; ADINEH, H., y AMINI, M. (2013), «Finnish Diabetes Risk Score to predict type 2 diabetes in the Isfahan diabetes prevention study», <i>Diabetes Research and Clinical Practice</i>, 102: 202-209.</p> <p>KOHNER, E.M.; ALDINGTON, S.J.; STRATTON, I.M.; MANLEY, S.E.; HOLMAN, R.R.; MATTHEWS, D.R., y TURNER, R.C. (1998), «United Kingdom Prospective Diabetes Study, 30: diabetic retinopathy at diagnosis of non-insulin-dependent diabetes mellitus and associated risk factors», <i>Archives of Ophthalmology</i>, 116: 297-303.</p> <p>KU, G.M., y KEGELS, G. (2013), «The performance of the Finnish Diabetes Risk Score, a modified Finnish Diabetes Risk Score and a simplified Finnish Diabetes Risk Score in community-based cross-sectional screening of undiagnosed type 2 diabetes in the Philippines», <i>Primary Care Diabetes</i>, 7: 249-259.</p> <p>LINDSTRÖM, J.; NEUMANN, A.; SHEPPARD, K.E.; GILIS-JANUSZEWSKA, A.; GREAVES, C.J.; HANDKE, U.; PAJUNEN, P.; PUHL, S.; PÖLÖNEN, A.; RISSANEN, A.; RODEN, M.; STEMPER, T.; TELLE-HJELLEST, V.; TUOMILEHTO, J.; VELICKIENE, D.; SCHWARZ, P.E., y GROUP ON BEHALF OF THE IMAGE STUDY (2010), «Take action to prevent diabetes – the IMAGE toolkit for the prevention of type 2 diabetes in Europe», <i>Hormone and Metabolic Research</i>, 42, Supl. 1: S37-55.</p> <p>LINDSTRÖM, J.; PELTONEN, M.; ERIKSSON, J.; AUNOLA, S.; HÄMÄLÄINEN, H.; ILANNE-PARIKKA, P.; KEINÄNEN-KIUKAANNIEMI, S.; UUSITUPA, M., y TUOMILEHTO, J. (2008), «Determinants for the effectiveness of lifestyle intervention in the Finnish Diabetes Prevention Study», <i>Diabetes Care</i>, 31: 857-862.</p> <p>LINDSTRÖM, J.; PELTONEN, M.; ERIKSSON, J.G.; ILANNE-PARIKKA, P.; AUNOLA, S.; KEINÄNEN-KIUKAANNIEMI, S.; UUSITUPA, M.; TUOMILEHTO, J., y FINNISH DIABETES PREVENTION STUDY (DPS) (2013), «Improved lifestyle and decreased diabetes risk over 13 years: long-term follow-up of the randomised Finnish Diabetes Prevention Study (DPS)», <i>Diabetologia</i>, 56: 284-293.</p> <p>LINDSTRÖM, J., y TUOMILEHTO, J. (2003), «The Diabetes Risk Score: A practical tool to predict type 2 diabetes risk», <i>Diabetes Care</i>, 26: 725-731.</p> <p>LYSSENKO, V., y LAAKSO, M. (2013), «Genetic screening for the risk of type 2 diabetes: worthless or valuable?», <i>Diabetes Care</i>, 36, Supl. 2: S120-126.</p> <p>MORRISON, A. (1992), <i>Screening in chronic disease</i> (2.ª ed.), Oxford University Press, Nueva York.</p>	<p>OMS (2003), «Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a joint FAO/WHO consultation». WHO Technical Report Series n.º 916: 160.</p> <p>— (2011), «Use of Glycated Haemoglobin (HbA1c) in the Diagnosis of Diabetes Mellitus». Abbreviated Report of a WHO Consultation. WHO/NMH/CHP/CPM/11.1.</p> <p>— (2013), «Global action plan for the prevention and control of non-communicable diseases 2013-2020».</p> <p>OMS Y FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE DIABETES (2006), «Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemia». Report of a WHO/IDF consultation.</p> <p>RAMACHANDRAN, A.; SNEHALATHA, C.; RAM, J.; SELVAM, S.; SIMON, M.; NANDITHA, A.; SHETTY, A.S.; GODSLAND, I.F.; CHATURVEDI, N.; MAJEED, A.; OLIVER, N.; TOUMAZOU, C.; ALBERTI, K.G., y JOHNSTON, D.G. (2013), «Effectiveness of mobile phone messaging in prevention of type 2 diabetes by lifestyle modification in men in India: a prospective, parallel-group, randomised controlled trial», <i>The Lancet Diabetes and Endocrinology</i>, 1: 191-198.</p> <p>RAY, K.K.; SESHASAI, S.R.; WIJESURIYA, S.; SIVAKUMARAN, R.; NETHERCOTT, S.; PREISS, D.; ERQOU, S., y SATTAR, N. (2009), «Effect of intensive control of glucose on cardiovascular outcomes and death in patients with diabetes mellitus: a meta-analysis of randomised controlled trials», <i>The Lancet</i>, 373: 1765-1772.</p> <p>SAARISTO, T.; PELTONEN, M.; LINDSTRÖM, J.; SAARIKOSKI, L.; SUNDVALL, J.; ERIKSSON, J.G., y TUOMILEHTO, J. (2005), «Cross-sectional evaluation of the Finnish Diabetes Risk Score: a tool to identify undetected type 2 diabetes, abnormal glucose tolerance and metabolic syndrome», <i>Diabetes and Vascular Disease Research</i>, 2: 67-72.</p> <p>SANDBÆK, A.; GRIFFIN, S.J.; SHARP, S.J.; SIMMONS, R.K.; BORCH-JOHNSEN, K.; RUTTEN, G.; VAN DEN DONK, M.; WAREHAM, N.J.; LAURITZEN, T.; DAVIES, M.J., y KHUNTI, K. (2014), «Effect of Early Multifactorial Therapy Compared With Routine Care on Microvascular Outcomes at 5 Years in People With Screen-Detected Diabetes: A Randomised Controlled Trial: The ADDITION-Europe Study», <i>Diabetes Care</i>, 37(7): 2015-2023.</p> <p>SILVENTOINEN, K.; PANKOW, J.; LINDSTRÖM, J.; JOUSILAHTI, P.; HU, G., y TUOMILEHTO, J. (2005), «The validity of the Finnish Diabetes Risk Score for the prediction of the incidence of coronary heart disease and stroke, and total mortality», <i>European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation</i>, 12: 451-458.</p> <p>SKINNER, T.C.; DAVIES, M.J.; FAROOQI, A.M.; JARVIS, J.; TRINGHAM, J.R., y KHUNTI, K. (2005), «Diabetes screening anxiety and beliefs», <i>Diabetic Medicine</i>, 22: 1497-1502.</p>
--	--	--

<p>STEYN, N.P.; LAMBERT, E.V., y TABANA, H. (2009), «Conference on 'Multidisciplinary approaches to nutritional problems'. Symposium on 'Diabetes and health'. Nutrition interventions for the prevention of type 2 diabetes», <i>Proceedings of the Nutrition Society</i>, 68: 55-70.</p> <p>TUOMILEHTO, J.; LINDSTRÖM, J.; ERIKSSON, J.G.; VALLE, T.T.; HÄMÄLÄINEN, H.; ILANNE-PARIKKA, P.; KEINÄNEN-KIUKAANNIEMI, S.; LAAKSO, M.; LOUHERANTA, A.; RASTAS, M.; SALMINEN, V., y UUSITUPA, M. (2001), «Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance», <i>New England Journal Medicine</i>, 344: 1343-1350.</p>	<p>UK PROSPECTIVE DIABETES STUDY (UKPDS) GROUP (1998), «Effect of intensive blood-glucose control with metformin on complications in overweight patients with type 2 diabetes (UKPDS 34)», <i>The Lancet</i>, 352: 854-65.</p> <p>VALLE, T.; TUOMILEHTO, J., y ERIKSSON, J. (1997), «Epidemiology of type 2 diabetes in Europids», en K. ALBERTI, P. ZIMMET, R. DEFRONZO y H. KEEN (Eds.), <i>International Textbook of Diabetes</i>, John Wiley and Sons Ltd., pp. 125-142.</p> <p>WILSON, J., y JUNGNER, F. (1968), «Principles and practice of screening for disease. Public Health Papers». World Health Organization, Ginebra.</p>	<p>YAMAOKA, K., y TANGO, T. (2005), «Efficacy of lifestyle education to prevent type 2 diabetes: a meta-analysis of randomized controlled trials», <i>Diabetes Care</i>, 28: 2780-2786.</p> <p>YLIHÄRSILÄ, H.; LINDSTRÖM, J.; ERIKSSON, J.G.; JOUSILAHTI, P.; VALLE, T.T.; SUNDVALL, J., y TUOMILEHTO, J. (2005), «Prevalence of diabetes and impaired glucose regulation in 45- to 64-year-old individuals in three areas of Finland», <i>Diabetic Medicine</i>, 22: 88-91.</p> <p>ZHANG, L.; ZHANG, Z.; ZHANG, Y.; HU, G., y CHEN, L. (2014), «Evaluation of Finnish Diabetes Risk Score in screening undiagnosed diabetes and prediabetes among U.S. adults by gender and race: NHANES 1999-2010», <i>PLOS ONE</i>, 9: e97865.</p>
---	---	---

COLABORACIONES

III.
CUIDADOS INTEGRADOS

Resumen

En este capítulo se examina cómo deberían aplicarse en la práctica los cuidados integrados para personas mayores y pacientes con dolencias complejas. Se describen cuáles son los componentes necesarios de las estrategias efectivas para alcanzar los objetivos de la *Triple Meta* y se formulan siete estrategias clave para una implementación con éxito: gestión de salud poblacional; prevención en los niveles de atención primaria y secundaria, con un fuerte énfasis en la autogestión asistida de los pacientes; coordinación personalizada de los cuidados; sistemas de información, comunicación y tecnología efectivos; sistemas de provisión integrada que alineen los incentivos financieros y de gobernanza; integración normativa que promueva una cultura colaborativa; e inversión en investigación y evaluación para proporcionar datos que respalden la mejora continua de la calidad.

Palabras clave: coordinación de los cuidados, comorbilidad, complejidad, cuidados integrados, personas mayores, *Triple Meta*.

Abstract

This chapter examines how integrated care should be applied in practice to older people and those with complex medical problems. It describes the components of effective strategies that can meet Triple Aim objectives and sets out seven core strategies for successful implementation: population health management; primary and secondary prevention with a strong focus on supported self-care; personalised care coordination; effective information, communication and technology systems; integrated delivery systems that align financial and governance incentives; normative integration to engender a collaborative culture; and investment in research and evaluation that provides data to support continuous quality improvement.

Key words: care coordination, co-morbidity, complexity, integrated care, older people, *Triple Aim*.

JEL classification: I10, I11.

INTEGRANDO LOS CUIDADOS DE PACIENTES MAYORES CON PROBLEMAS MÉDICOS COMPLEJOS

Nick GOODWIN

Director General de la International Foundation for Integrated Care

I. INTRODUCCIÓN

LOS cuidados integrados de pacientes con dolencias crónicas complejas suponen un reto de alcance mundial. Ante los profundos cambios ocurridos en la demografía y el estatus de las enfermedades, las patologías crónicas (tanto físicas como mentales) relacionadas con la edad han pasado a consumir la proporción más grande de los presupuestos de salud a escala internacional, rondando el 75 o el 80 por 100 (Nolte y McKee, 2008). Entre 2010 y 2030, se prevé que el número de personas con 65 años o más en los países de la OCDE aumente del 15 al 22 por 100 (OCDE, 2009). Dicho de otro modo, la esperanza de vida de una mujer que en 2009 tenía 65 años es actualmente de 21 años, es decir, un 40 por 100 más que hace cincuenta años (OCDE, 2011).

Si bien el aumento de la longevidad es un hecho que merece ser celebrado, lleva aparejados nuevos retos en la provisión de asistencia médica. La consecuencia de estas tendencias ha sido una mayor demanda de servicios sanitarios para tratar enfermedades crónicas médicas y mentales, lo que ha ido acompañado asimismo de mayores requerimientos de apoyo a las personas en sus actividades cotidianas (como el vestido, el aseo y la cocina). Sin embargo, los cuidados de los pa-

cientes con necesidades de asistencia sociosanitaria complejas suelen adolecer de cierto déficit de coordinación. La fragmentación es un rasgo endémico del modo de organizar, financiar y dispensar la atención, agravado por el carácter cada vez más especializado de las funciones desempeñadas por los profesionales sanitarios y del diferente marco competencial de los proveedores de servicios. A resultas de todo ello, la experiencia que reciben los pacientes y los cuidadores de personas con necesidades complejas es, en muchas ocasiones, deficiente, y sus resultados de atención, inferiores a los óptimos. Sin una mejor coordinación de los cuidados que ponga las necesidades de los pacientes en el centro, todos los aspectos del rendimiento de un sistema sanitario podrían resentirse al disminuir el potencial de coste-efectividad (Kodner y Spreeuwenberg, 2002).

En este capítulo se ofrece una explicación de lo que se entiende por «cuidados integrados», y de los problemas que se pretende abordar con la coordinación de la atención a personas con dolencias médicas complejas y de larga duración. Se examina el potencial de los cuidados integrados para alcanzar los objetivos agrupados bajo el concepto de la *Triple Meta* (mejor salud, mejores cuidados y menores costes), ilustrándolo con el estudio de varios casos internacionales. A conti-

nuación, se expone de forma resumida la evidencia práctica más reciente sobre prestación efectiva de cuidados integrados a personas mayores, concluyendo con un examen de siete estrategias interrelacionadas que son necesarias para el éxito de los cuidados integrados.

II. CUIDADOS INTEGRADOS

1. Comprendiendo el concepto

Si bien el concepto de cuidados integrados se utiliza de forma generalizada en diferentes sistemas de salud de todo el mundo, no existe una única definición universalmente aceptada. Esto refleja la naturaleza poliédrica de un concepto que se ha aplicado desde perspectivas disciplinares y profesionales diversas, y que está asociado a objetivos a su vez variados (Nolte y McKee, 2008). Sin embargo, en muchos aspectos, los cuidados integrados representan un concepto sencillo: se trata de integrar (es decir, unir las diferentes partes individuales de un sistema para que funcionen conjuntamente como un todo) y cuidar (es decir, prestar tratamiento y asistencia a personas que lo necesitan). De ahí que los cuidados integrados surjan cuando la primera de las acciones citadas (integración) sea imprescindible para optimizar la prestación de la segunda (cuidar), y revisten, por consiguiente, especial trascendencia en aquellos casos en que la fragmentación de la atención ha producido un impacto negativo en las experiencias, los resultados y los costes del cuidado prestado.

En toda definición de integración está implícito que el cuidado debería centrarse y organizarse

en torno a las necesidades de los usuarios de los servicios y de las comunidades de las que forman parte (Shaw *et al.*, 2011). Garantizar que los programas y estrategias de cuidados integrados rindan cuentas de cómo influyen positivamente en las experiencias y resultados de los pacientes es importante, pues ello ayuda a conciliar las opiniones potencialmente enfrentadas de los distintos grupos de interés y a sintetizarlas en un único relato, que aporte una argumentación sólida sobre el enfoque, así como una base para la forma de juzgar el éxito alcanzado (Ham y Walsh, 2013).

La razón por la que se requiere una comprensión ligada a las personas de los cuidados integrados queda claramente de manifiesto si pensamos en la actual complejidad de los cuidados que muchos usuarios sienten al transitar por unos sistemas de salud fragmentados. Este es un motivo de especial preocupación entre el grupo cada vez más numeroso de personas mayores con necesidades asistenciales complejas, para quienes resulta difícil gestionar simultáneamente sus pluripatologías crónicas junto con sus necesidades sanitarias físicas y mentales. La evidencia revela que la ausencia de una coordinación adecuada de la atención a dichas personas, sumada a la fragmentación estructural y profesional en la forma de organizar los cuidados, han impedido adoptar soluciones útiles para prevenir el deterioro de su estado de salud y/o mejorar su calidad de vida (Øvretveit, 2011). De hecho, la falta de una buena coordinación de los cuidados conduce a inequidades al afectar de forma desproporcionada a quienes más lo necesitan: los pobres, los vulnerables y las personas pertenecientes a minorías étnicas (Øvretveit, 2011).

2. Los cuidados integrados y la Triple Meta

Las personas con necesidades asistenciales complejas padecen varios problemas clave asociados a la fragmentación del servicio de salud, entre los que se incluyen:

- la falta de responsabilización del problema de la persona por parte de los proveedores sanitarios, promovida por una mentalidad de «compartimentos estancos» y la separación de los sistemas profesionales y organizativos;

- la escasa implicación y compromiso con los pacientes y los usuarios del servicio a la hora de apoyarles a tomar decisiones eficaces sobre sus opciones de cuidado y tratamiento, o bien de empoderarles a vivir mejor con sus enfermedades mediante el autocuidado asistido;

- la insuficiente comunicación entre los profesionales y los proveedores sanitarios, exacerbada por la incapacidad de estos para compartir y transmitirse información entre sí y por prácticas culturales arraigadas;

- como resultado de ello, la coexistencia simultánea de duplicidades (por ejemplo, repetición de pruebas) y lagunas en la atención (por ejemplo, incumplimiento de citas o no aplicación de información y monitorización debido a una mala programación de los cuidados);

- una experiencia frustrante y desincentivadora de los usuarios del servicio, malos resultados de salud e ineficiencias del sistema (por ejemplo, hospitalizaciones innecesarias).

La hipótesis subyacente a los cuidados integrados es que la

aplicación de dicho enfoque debería permitir corregir estos resultados derivados de la fragmentación del servicio y, por consiguiente, ayudar a alcanzar los objetivos de la *Triple Meta* en los sistemas de salud, es decir:

— mejores cuidados para los usuarios del servicio, los cuidadores y la comunidad;

— mejor salud de las personas y la población atendida; y

— mayor eficiencia del sistema, tanto a nivel funcional como técnico (Institute for Healthcare Improvement, 2013).

Sin embargo, en la práctica, la adopción exitosa de los cuidados integrados se ha revelado como un considerable reto, pues ha exigido una transformación desde sistemas centrados en los cuidados hospitalarios a otros basados en la comunidad. También ha implicado el desarrollo de nuevas alianzas entre los servicios sanitarios y los servicios sociales y, en muchos casos, la involucración del sector voluntario y de grupos basados en la comunidad. Por consiguiente, los cuidados integrados plantean altas exigencias a los grupos profesionales, las organizaciones sanitarias y los departamentos de salud pública para emprender una colaboración intersectorial. Esta empresa se ha demostrado difícil. Si bien se han desarrollado estrategias de coordinación de los cuidados en muchos países, la evidencia sugiere que no todos han conseguido sus objetivos, y la tasa de fracaso ha sido elevada (Curry y Ham, 2010). En concreto, pese a contar con amplios conocimientos sobre los elementos que deberían estar presentes en la atención a personas con necesidades complejas, existe un desconocimiento general sobre la

forma más idónea de reunir y aplicar los cuidados integrados en la práctica (Bodenheimer, 2008).

III. CUIDADOS INTEGRADOS DE PERSONAS MAYORES Y PACIENTES CON NECESIDADES COMPLEJAS

Existe abundante evidencia que apunta a que los enfoques de cuidado integrado holísticos basados en la población, dirigidos a coordinar proactivamente los servicios tomando como base las necesidades de las personas con requerimientos complejos, puede contribuir a mejorar la calidad del servicio y a apoyar y empoderar a los pacientes mayores a vivir de forma más independiente y disfrutar de una mayor calidad de vida (Devers y Berenson, 2009). Una reciente revisión no sistemática de la evidencia reveló que los enfoques «de éxito» en coordinación de los cuidados poseen varias características singulares (cuadro n.º 1). De dicha evidencia se deduce la necesidad de conjugar dos enfoques estratégicos clave: en primer lugar, la provisión por parte de los responsables de política sanitaria y las autoridades públicas de una plataforma sostenida y habilitadora que brinde apoyo a las iniciativas de cuidados integrados (por ejemplo, mediante reformas en materia de financiación y métodos de gobernanza, o la inversión en programas de innovación); y en segundo lugar, un impulso para introducir nuevas fórmulas de cuidados coordinados que tomen como eje las necesidades de los usuarios a nivel tanto clínico como del servicio. No obstante, como se observa en el cuadro n.º 1, parece existir un abanico de herramientas y enfoques posibles para la coordinación de los cuidados, y la evidencia sugiere que

los enfoques que combinan múltiples componentes cuentan con mayores probabilidades de éxito en la mejora de los resultados de la coordinación de los cuidados que aquellos que se circunscriben a una o un número reducido de estrategias (Powell-Davies *et al.*, 2006).

Pese a dicha evidencia, sigue habiendo un insuficiente entendimiento de la manera óptima de implementar en la práctica la coordinación de los cuidados a personas mayores con necesidades complejas (Curry y Ham, 2010). En esta sección se revisan dos estudios recientes dirigidos por el propio autor, en los que se aborda esta cuestión: el primero es una evaluación de cinco casos, localizados en Reino Unido, sobre coordinación de cuidados (Goodwin *et al.*, 2013); el segundo consiste en una comparación internacional de siete estudios de caso de cuidados integrados para personas con necesidades complejas (Goodwin *et al.*, 2014).

1. Coordinación de cuidados a personas con necesidades complejas y enfermedades crónicas de larga duración en Reino Unido

Un análisis realizado recientemente por The King's Fund en 2012-2013 consistió en la investigación a fondo de cinco programas de coordinación de los cuidados a personas con necesidades complejas en Reino Unido. Cada una de las cinco sedes estudiadas fue seleccionada a través de un proceso de selección competitivo que valoró el grado de éxito en la consecución de la *Triple Meta* (mejor experiencia de los cuidados dispensados, mejores resultados de salud y una prestación más coste-efectiva del

CUADRO N.º 1

CARACTERÍSTICAS DE LOS ENFOQUES «DE ÉXITO» EN COORDINACIÓN DE LOS CUIDADOS

Nivel de sistema	<p>Cobertura universal o atención gratuita a la población inscrita en el punto de utilización</p> <p>Impulsado por cuidados primarios/comunitarios</p> <p>Énfasis en cuidados crónicos y de larga duración</p> <p>Énfasis en gestión de salud poblacional</p> <p>Alineación de marcos regulatorios y objetivos con los cuidados integrados</p> <p>Flexibilidades en cuanto a financiación/pago para promover los cuidados integrados</p> <p>Plantilla formada y cualificada en cuidados crónicos, trabajo en equipo y coordinación de los cuidados</p>
Nivel organizativo	<p>Firme liderazgo (clínico y gerencial)</p> <p>Valores comunes y misión compartida</p> <p>Estructuras financieras y de gobernanza alineadas</p> <p>Integrar historias clínicas digitales</p> <p>Responsabilidad respecto a una población o servicio asignado</p> <p>Enfoque en medición y mejora continua de la calidad</p>
Integración clínica y profesional	<p>Gestión de población</p> <p>Detección de casos y uso de estratificación de riesgos</p> <p>Diagnósticos estandarizados y criterios de admisibilidad</p> <p>Evaluación conjunta exhaustiva</p> <p>Planificación conjunta de los cuidados</p> <p>Enfoque holístico, no basado en la enfermedad</p> <p>Historias clínicas únicas o con acceso compartido</p> <p>Herramientas de apoyo a la decisión, como directrices sobre cuidados y protocolos</p> <p>Tecnologías que respaldan la monitorización continua y remota del paciente</p>
Integración de servicios	<p>Teleasistencia /asistencia domiciliaria</p> <p>Único punto de entrada</p> <p>Coordinación de los cuidados y coordinadores designados</p> <p>Gestión de casos</p> <p>Gestión de medicamentos</p> <p>Único punto de entrada</p> <p>Trabajo en equipos multidisciplinares</p> <p>Redes interprofesionales</p> <p>Responsabilización compartida de los cuidados</p> <p>Co-localización de servicios</p> <p>Acuerdos efectivos para el alta a pacientes y gestión de las transiciones en los cuidados</p> <p>Autocuidado asistido</p>

Fuente: Goodwin et al., 2013: 5.

servicio). El recuadro n.º 1 contiene una descripción general de las características de los cinco casos.

Pese a las significativas diferencias en sus modelos de organización y financiación, se advierten algunos elementos comunes en el diseño de los cinco casos, como un enfoque en las necesidades holísticas de los usuarios del servicio y la explora-

ción de fórmulas por las que los usuarios puedan contar con un mayor apoyo para gestionar mejor sus necesidades complejas y vivir de forma más independiente y con mayor calidad de vida. Por tanto, en lugar de ver primordialmente los cuidados integrados como un sistema de ahorro de costes, los objetivos medibles se centraron en actuaciones tales como mejorar el es-

tado de ánimo y de salud mental; posibilitar una mayor independencia funcional para que las personas puedan vivir (y morir) en su casa; y centrarse en el papel de los familiares y los cuidadores para ayudarles a reducir el estrés y reforzar sus capacidades para desarrollar autocuidado asistido. Evitar y/o reducir los ingresos hospitalarios o la admisión en residencias para personas mayores también fueron otras estrategias concretas. En cambio, conseguir ahorros financieros no se consideró una meta prioritaria (los programas solo pudieron demostrar un impacto marginal en los costes), por lo que la coordinación de los cuidados se definió principalmente como una estrategia de mejora de la calidad. Con todo, la incapacidad para probar su coste-efectividad fue percibida como una debilidad, en vista del contexto global de presión financiera en los presupuestos públicos y de la teoría general imperante sobre las políticas de cuidados integrados en toda Europa, que ve los cuidados integrados como un instrumento de contención de los costes.

2. Cuidados integrados para personas mayores con necesidades complejas: un análisis de siete países

En 2014, The King's Fund (Reino Unido) y la Universidad de Toronto (Canadá) publicaron un informe financiado por el Commonwealth Fund, en el que se examinaba una síntesis transversal estructurada de siete programas de cuidados integrados, extraídos de Australia, Canadá, Países Bajos, Nueva Zelanda, Suecia, Reino Unido y Estados Unidos (Goodwin et al., 2014). El objetivo del análisis consistía en examinar las diferentes lecciones para los responsables de la polí-

RECUADRO N.º 1

**CINCO EJEMPLOS DE CASOS LOCALIZADOS EN REINO UNIDO DE COORDINACIÓN DE LOS CUIDADOS
A PERSONAS CON PROBLEMAS MÉDICOS COMPLEJOS**

Midhurst Macmillan Community Specialist Palliative Care Service (Inglaterra)

El servicio Midhurst Macmillan es un programa especializado de cuidados paliativos basado en la comunidad y liderado por asesores en West Sussex (Inglaterra), con una población atendida de 150.000 personas en una zona eminentemente rural que abarca tres condados. El servicio posibilita que pacientes con necesidades complejas y que se hallan en la recta final de su vida sean cuidados en su propio domicilio, permitiéndoles morir en el lugar de su elección. El servicio está a cargo de un equipo multidisciplinar formado por enfermero(a)s y asesores sobre cuidados paliativos, terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas, así como de un nutrido grupo de voluntarios. Seis miembros de la plantilla —todos ellos enfermeros clínicos especializados— actúan como coordinadores de los cuidados para los pacientes (Thiel *et al.*, 2013a).

Oxleas Advanced Dementia Service (Inglaterra)

El Oxleas Advanced Dementia Service presta cuidados paliativos y apoyo para facilitar la atención en su propio domicilio de personas en un estadio de demencia avanzada hasta su fallecimiento. Para acogerse al programa, los pacientes han de presentar un diagnóstico moderado o severo de demencia avanzada, con un rango de comorbilidades mentales y físicas complejas que requiera la intervención de asistentes sociales. Un cuidador (normalmente un familiar) también debe estar disponible y dispuesto a ocuparse del enfermo en el domicilio. Los pacientes se encuentran por lo general en el último año de su vida, con una edad media de 75 años. El servicio está dirigido por un psiquiatra de personas mayores, encargándose de la coordinación de los cuidados un titulado superior en enfermería, o un(a) enfermero(a) de psiquiatría de comunidad o un(a) enfermero(a) jefe de comunidad especializado en neurología, junto con un trabajador social para pacientes con demencia. El equipo sigue un enfoque específico de apoyo a los cuidadores para la provisión de cuidados paliativos; colabora estrechamente con otros profesionales sanitarios, incluidos terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, equipos de salud mental de comunidad y médicos de familia (Sonola *et al.*, 2013a).

The Sandwell Esteem Team (Inglaterra)

El equipo Sandwell Esteem, con sede en la región de West Midlands, es un enfoque holístico de atención primaria y de comunidad concebido para mejorar la salud y el bienestar social, tanto mental como físico de las personas. El equipo proporciona coordinación de los cuidados a pacientes con problemas de salud mental leves o moderados, comorbilidad y necesidades sociales complejas en una comunidad caracterizada por elevados niveles de pobreza y mala salud, tanto física como mental. El objetivo clave es prevenir el deterioro de la salud y el ingreso en el nivel de atención secundaria. El equipo busca empoderar a los pacientes para que tomen el control de sus vidas ofreciéndoles terapias guiadas y herramientas de autoayuda, así como asistiendo a los pacientes para abordar sus problemas sociales derivándolos a servicios de los sectores social y voluntario, como agencias de asesoramiento sobre finanzas personales, servicios de apoyo contra los malos tratos o agencias de ayuda para la búsqueda de vivienda (Thiel *et al.*, 2013c).

Salas virtuales comunitarias en South Devon y Torbay (Inglaterra)

Las salas virtuales comunitarias ubicadas en los centros de salud en South Devon y Torbay utilizan un modelo predictivo de riesgos para identificar a pacientes que se encuentran en riesgo de ingreso hospitalario y gestionarlos proactivamente a través de equipos multidisciplinarios basados en la comunidad, integrados por médicos de familia, personal sanitario de comunidad y de salud mental, trabajadores sociales y representantes del sector de voluntariado. Los equipos multidisciplinarios también trabajan con servicios de emergencias y de urgencias para evitar los ingresos innecesarios. La coordinación con el nivel asistencial secundario y los equipos de enlace de altas hospitalarias tratan de asegurar que los pacientes ingresados puedan ser dados de alta rápidamente (Sonola *et al.*, 2013b).

Equipos de recursos comunitarios en Pembrokeshire (Gales)

Equipos multidisciplinarios de recursos comunitarios coordinan los cuidados de personas con enfermedades de larga duración, comorbilidades y salud frágil. El objetivo es permitir la permanencia de los pacientes en sus domicilios durante el mayor tiempo posible y evitar innecesarios ingresos hospitalarios. Los equipos se componen de personal sanitario comunitario, trabajadores sociales y representantes del sector de voluntariado. También hay participación de los médicos de familia y enfermero(a)s especializado(a)s. Durante las reuniones semanales, los miembros del equipo discuten los casos de los pacientes a quienes consideran en mayor riesgo de ingreso, y se desarrolla un plan para reducir este riesgo y mejorar la salud y el bienestar del paciente (Thiel *et al.*, 2013b).

Fuente: Goodwin *et al.*, 2013: 7-8.

tica sanitaria y los proveedores de servicio, a fin de promover mejoras en el diseño, la implementación y la diseminación de modelos «de éxito» de cuidados integrados de personas con necesidades asistenciales complejas. En el recuadro n.º 2 se expone un resumen de los siete casos estudiados.

Tal como concluyen Goodwin *et al.* (2014) en su comparativa de estos siete estudios de caso internacionales, no parece existir un «modelo único» de cuidados integrados. Más bien, el análisis puso al descubierto la existencia de muchos tipos diferentes de integración en los siete programas, que iban desde organizaciones sociosanitarias «completamente integradas» hasta enfoques que han optado en su lugar por tejer alianzas y construir redes entre profesionales y proveedores sanitarios para una mejor coordinación de los cuidados, muchas veces mediante relaciones contractuales entre los distintos socios. También detectaron variaciones en el grado con que los enfoques buscaban integrar «horizontalmente» (es decir, entre los socios que trabajaban a nivel comunitario) y «verticalmente» (es decir, en las vías clínicas y transiciones entre los niveles asistenciales primario y hospitalario). Esta diversidad en el enfoque organizativo respecto a los cuidados integrados es un rasgo característico de las innovaciones en este campo, lo que hace que resulte problemático emitir juicios sobre el enfoque «óptimo» para los cuidados.

3. Lecciones clave en el diseño y la prestación de cuidados integrados

De la evidencia de estos dos estudios se deduce que alcanzar

el objetivo de la *Triple Meta* con los cuidados integrados es posible, pero que el proceso para conseguirla es complejo, dinámico y a largo plazo. De hecho, se observa que los cuidados integrados nunca surgen de manera espontánea gracias al legado de estructuras de gobernanza, financiación, organizativas y funcionamiento profesional preexistentes. Más bien, los cuidados integrados requieren de un liderazgo firme y constante a nivel de políticas que fortalezca el crecimiento y sostenimiento de las innovaciones «desde abajo» (Bengoa, 2013). Esta última capacidad de los sistemas sanitarios para impulsar cambios «desde abajo» se perfila como el factor más determinante, en tanto en cuanto el aspecto crucial para el éxito parece ser el modo en que los cuidados y los servicios se organizan en función de las necesidades holísticas de las personas a nivel clínico y del servicio. Lo que también parece intuirse es que estas iniciativas a escala local necesitan de su encuadramiento en sistemas integrados de provisión de cuidados. Dichos sistemas de provisión deben ayudar a alinear los incentivos gubernamentales y financieros, apoyando el establecimiento de redes profesionales y nuevas fórmulas de asociación a nivel organizativo, que redunden en unos servicios más integrados y coordinados.

Coherente con esto, la evidencia obtenida de Reino Unido y otros países apunta a la necesidad de introducir elementos de integración en cada «capa» del sistema, desde la toma de decisiones a alto nivel macro hasta la coordinación personalizada de los cuidados de los pacientes y sus familias (Valentijn *et al.*, 2013). Lograr el éxito a través de los cuidados integrados representa, pues, una tarea compleja y

multidimensional, si bien la evidencia permite extraer una serie de lecciones clave y marcadores de éxito respecto al modo de diseñarse y prestarse los cuidados integrados a las personas mayores con necesidades complejas (de acuerdo con Goodwin *et al.*, 2013, y Goodwin *et al.*, 2014):

— Factores a nivel de sistema

A un nivel de sistema se dispone de considerable evidencia indicativa de la necesidad de tener en cuenta el apoyo a los cuidados integrados en la esfera de las políticas cuando se aborde la importancia de mejorar la atención a personas mayores con necesidades complejas. En concreto, los responsables políticos deben empezar a consensuar entre los distintos departamentos públicos la necesidad de una coalición vertebradora para ello, quizá ayudados por un relato sugerente que aluda a la necesidad de cambio y proponga una visión sobre el futuro de los servicios sanitarios. Dicho enfoque es necesario para mitigar la tendencia natural a reformar los sistemas sanitarios tras cada cambio político, ya que los cuidados integrados precisan de una estrategia a largo plazo. Los elementos clave de esta estrategia podrían requerir cambios fundamentales en el sistema de gobernanza y en la financiación de la sanidad y otros servicios sanitarios, que coadyuven a alinear los incentivos y objetivos del sistema con los cuidados integrados. Esto es importante, pues el éxito en los cuidados integrados requiere eliminar las barreras que se interponen en el trabajo conjunto entre las distintas organizaciones y grupos profesionales. Por ejemplo, los servicios sanitarios y de asistencia social albergan diferentes expectativas y cuentan con diferentes mecanis-

RECUADRO N.º 2

SIETE EJEMPLOS INTERNACIONALES DE CASOS SOBRE CUIDADOS INTEGRADOS DE PERSONAS MAYORES Y PACIENTES CON PROBLEMAS MÉDICOS COMPLEJOS

Caso 1: HealthOne Mount Druitt, Sídney, Australia

HealthOne Mount Druitt constituyó un modelo de cuidados con estructura radial, que opera en torno a un centro de salud comunitario en un área socialmente desfavorecida de la parte oeste de la ciudad australiana de Sídney. El modelo hace hincapié en la planificación compartida para mejorar la coordinación de los cuidados de personas mayores con necesidades asistenciales complejas, reducir las hospitalizaciones innecesarias y garantizar la adecuada derivación a servicios de comunidad y a especialistas. Las enfermero(a)s de enlace en los centros de salud organizan conferencias multidisciplinares sobre los casos y coordinan los cuidados entre los distintos proveedores involucrados en la atención del paciente.

Caso 2: Programa Te Whiringa Ora (TWO) en Eastern Bay of Plenty, Nueva Zelanda

TWO es una colaboración entre una organización de cuidados comunitarios y tres centros de salud recientemente fusionados. El programa comenzó con un enfoque en la enfermedad respiratoria crónica y se ha ampliado para incluir cualquier paciente crónico con elevada frecuencia de los servicios de salud. Se sigue un enfoque basado en objetivos, poniendo el énfasis en los resultados de salud y bienestar fijados por los propios pacientes. El programa TWO incluye evaluación, coordinación de los cuidados, apoyo telefónico y telemonitorización como herramientas para la educación sobre autocuidado. Estos servicios son prestados por parejas formadas por un enfermero y un coordinador de los cuidados comunitario.

Caso 3: Geriant, provincia de Noord-Holland, Países Bajos

Geriant ofrece a las personas con diagnóstico de demencia un servicio continuo durante las veinticuatro horas del día basado en la comunidad a través de equipos que incluyen a gestores del caso, geriatras sociales, psiquiatras, psicólogos clínicos, asesores sobre demencia y enfermeros especializados en asistencia domiciliaria. Los gestores del caso actúan como el punto de referencia para los clientes y sus cuidadores informales y coordinan los servicios prestados por el equipo y otros socios de la red, como médicos de familia, hospitales y organizaciones de asistencia domiciliaria y bienestar. Si necesitan someterse a un tratamiento más intensivo o a observación, los clientes tienen acceso a un centro para estancias cortas dotado con dieciséis camas.

Caso 4: Health and Care Trust de Torbay y Southern Devon, Reino Unido

El Health and Care Trust de Torbay y Southern Devon (conocido simplemente como Torbay) se creó para comprar y prestar asistencia médica y social a través de una única organización. Los cuidados son proporcionados por equipos multidisciplinares de salud y asistencia social, con coordinadores de los cuidados que trabajan en «zonas» geográficas delimitadas en función de la ubicación de los centros de salud, para prestar una gama de servicios requeridos por las personas mayores una vez que han sido dados de alta en el hospital. Más recientemente, la gestión proactiva de los casos de personas mayores en riesgo mediante herramientas predictivas del riesgo ha brindado una capacidad expandida para intervenir antes de que tenga lugar la hospitalización. Estos equipos también dispensan cuidados continuos y apoyo en el entorno doméstico.

Caso 5: Modelo Norrtalje, Suecia

El Ayuntamiento de Estocolmo y la Autoridad Local de Norrtalje formaron una comisión mixta de gobierno para asumir la prestación de servicios de salud y asistencia social. Esta comisión posee y dirige una sociedad pública responsable de la compra y provisión de los servicios sanitarios. El modelo Norrtalje se centra en la promoción de la salud para la población asignada, con especial énfasis en la utilización de coordinadores de los cuidados y el apoyo a una mejor transición entre el ingreso y la salida del hospital.

Caso 6: Programa Care Management (CMP) de Massachusetts General, Boston, Estados Unidos

El CMP se centra en pacientes de alto coste con numerosos ingresos hospitalarios y pluripatologías crónicas, a los que ofrecen cuidados que son integrados por un gestor del caso encuadrado en un centro de asistencia primaria. Los gestores del caso basados en el centro de salud entablan relaciones intensivas e individualizadas con sus pacientes a través de interacciones en persona en la consulta médica o, cuando estos están hospitalizados, mediante llamadas telefónicas periódicas (al menos una vez cada 4-6 meses), y visitas al domicilio en caso necesario.

Caso 7: Programa de Análisis para Integrar los Servicios para el Mantenimiento de la Autonomía (PRISMA) Quebec, Canadá

El objetivo de PRISMA es articular una red de provisión de servicios integrados para mejorar la salud, el empoderamiento y la satisfacción de las personas mayores de salud frágil, con vistas a modificar su tasa de frecuentación de los servicios sanitarios y sociales sin incrementar la carga de los cuidadores. Los componentes clave son la coordinación de los servicios, un único punto de entrada, la gestión de los casos, una herramienta única de evaluación funcional, planes de servicio individualizados y un sistema de compartición de información.

Fuente: Goodwin et al., 2014.

mos de financiación y gobierno, lo que puede hacer problemática la provisión de un servicio conjunto a una persona mayor que podría requerir la atención de ambos. Otro aspecto clave de la reforma del sistema es evitar una reestructuración de las organizaciones «desde arriba» y/o suponer que la solución pasa por refundir las organizaciones existentes en entidades nuevas. En lugar de eso, lo que se requiere son sistemas que posibiliten la integración a nivel clínico y del servicio, un proceso este que parece susceptible de alcanzarse a través de redes de atención, siempre que los proveedores cuenten con la capacidad para trabajar conjuntamente hacia un mismo objetivo.

— Factores a nivel organizativo

La evidencia sugiere que no hay un único modelo organizativo de cuidados integrados que funcione en todos los contextos y circunstancias. Más bien, el punto de partida debería centrarse en comprender cuál es el proceso de cuidados a nivel clínico/de servicio compatible con una estrategia emergente de cambio, y no en imponer un modelo con un diseño predeterminado. Por ejemplo, la totalidad de los doce casos de estudio reseñados anteriormente surgieron de una secuencia de iteraciones durante una serie de años antes de llegar a su modelo de práctica actual, y cada uno de ellos sigue evolucionando en la actualidad. Por tanto, hay que dar tiempo para que los enfoques sobre los cuidados integrados se desarrollen y maduren. De nuevo, el desarrollo de nuevas organizaciones o centrarse en soluciones estructurales no ha de ser el objetivo primordial (si bien puede resultar útil en determinadas circunstancias).

— Factores a nivel funcional

Uno de los hallazgos comunes derivados de la evidencia es la importancia de la información, la comunicación y la tecnología (ICT) a la hora de apoyar la implementación y prestación, y en concreto, la compartición de registros o historias clínicas digitales (véanse Ham, 2010; Hofmarcher *et al.*, 2007; Øvretveit, 2011). Es evidente que la ICT puede ser un importante mecanismo habilitador, por ejemplo, para compartir información entre profesionales; apoyar una toma de decisiones compartida con los pacientes; o ayudar a comparar la calidad de los servicios sanitarios a lo largo del espectro de profesionales y organizaciones. Por tanto, la ICT puede aportar no solo el «pegamento» que aglutine a las personas en un sistema de intercambio de información y comunicación robusto, sino también el «lubricante» que posibilite un flujo de información en tiempo real para apoyar la toma de decisiones efectiva sobre el terreno.

No obstante, la evidencia también sugiere que conseguir unos buenos cuidados integrados no depende prioritariamente de la tecnología, sino de la efectividad de la comunicación y el intercambio de información. Por consiguiente, las «viejas» tecnologías (como el teléfono) o la simple capacidad de discutir y debatir la atención prestada a las personas en reuniones de grupos multidisciplinares siguen siendo sumamente importantes. En el citado análisis realizado con estudios de caso, la mayoría de los modelos de atención eran *high touch, low tech* (altos en interacciones personales, bajos en tecnología), es decir, funcionaron gracias al contacto cercano, personal y cara a cara entre los miembros del equipo de cuidados y la coordinación

personalizada con los usuarios del servicio. Esto parece ser especialmente importante entre las personas mayores con necesidades complejas, cuya cambiante e impredecible naturaleza requiere un seguimiento personal cercano y continuado.

— Factores a nivel profesional

Un requisito previo para unos buenos cuidados integrados de personas mayores es en qué medida los profesionales son capaces de trabajar eficazmente juntos en equipos multidisciplinares o redes de proveedores que, por ejemplo, reúnan a generalistas y especialistas y/o a profesionales sanitarios y trabajadores sociales. Dentro de estos equipos parece haber la necesidad de un enfoque de «cuidados compartidos», donde la rendición de cuentas por los resultados y la calidad del servicio prestado a pacientes y usuarios del servicio sea un esfuerzo colaborativo. Esto requiere de la existencia de roles bien definidos en cuanto a la operativa de los equipos, si bien una de las características que distinguen a los equipos de mejor funcionamiento es la subsidiariedad de las funciones, esto es, la capacidad de hacerse cargo del trabajo de los demás y trabajar de manera flexible para atender las necesidades del cliente conforme estas surjan.

Una de las características peculiares de los programas de cuidados integrados para personas mayores es que el médico de familia no desempeña un papel tan capital en el proceso de prestación de la asistencia sanitaria como teóricamente cabría esperar. Este es un hallazgo inusual, puesto que la mayoría de los estudios sobre cuidados integrados de personas con dolencias cróni-

cas indican que los enfoques más efectivos tienen a un médico de familia o un facultativo de atención primaria en el centro del enfoque basado en un equipo (por ejemplo, Coleman *et al.*, 2009). En parte, esta anomalía parece reflejar el hecho de que la intensidad y naturaleza del apoyo que precisan las personas mayores va más allá de lo que una consulta de atención primaria tradicional puede brindar. De hecho, como sugieren Goodwin *et al.* (2014), los médicos suelen operar como empresas independientes, y tienen dificultades para integrar en sus modelos de negocio un sistema de atención más amplio debido a la existencia de unos recursos financieros limitados y a los requerimientos de tiempo adicionales por las exigentes y, a menudo, intensas cargas de trabajo a las que se ven sometidos los facultativos. En los estudios de caso basados en Reino Unido, sobre todo en el modelo de cuidados de Torbay, el hecho de que los centros de salud sean remunerados directamente vía un contrato nacional por la prestación de un conjunto predefinido de servicios a una población asignada hace que los cuidados integrados resulten una propuesta complicada de llevar a la práctica (Sonola *et al.*, 2013b).

— Factores a nivel de servicio y personal

A nivel clínico y de servicio, parece ser imperativa la presencia de varios elementos comunes en el diseño del proceso de cuidados; entre ellos, la capacidad para asumir una evaluación holística de los cuidados, un punto de entrada único a los servicios sanitarios, la coordinación de los cuidados a través de personas específicamente designadas, y una planificación compartida de los

cuidados que incluya al paciente y su familia en la toma de decisiones. También parece ser importante contar con una red de proveedores bien conectados capaces de facilitar el acceso al apoyo necesario, en especial para la autogestión de los pacientes.

Por último, la evidencia revela la importancia de la continuidad personal de los cuidados entre los profesionales sanitarios, los cuidadores informales y los pacientes, con el fin de ayudar a las personas a convivir con sus enfermedades de la forma más independiente posible. Desde una perspectiva del paciente, la continuidad de la atención y la coordinación personal del cuidado para la cobertura de determinadas necesidades es un factor importante y altamente valorado.

IV. CONCLUSIONES

La capacidad para integrar los cuidados de las personas mayores y de los pacientes con dolencias complejas y de larga duración es, por tanto, una tarea compleja que precisa actuar a varios niveles, desde un nivel de sistema hasta un nivel de paciente. Parecen existir siete estrategias clave que facilitan este proceso:

— Gestión de la salud poblacional: la capacidad para llegar a una profunda comprensión de las necesidades asistenciales de las comunidades, apoyada en datos que permitan una estratificación del riesgo de los sujetos que forman la población (por ejemplo, riesgo de un ingreso hospitalario, como se ha hecho en el País Vasco). Si no se cuenta con la capacidad para adecuar los recursos a las necesidades a nivel poblacional, la falta de conciencia de las necesidades asistenciales pueden generar in-

tervenciones mal enfocadas o bien oportunidades perdidas para apoyar a quienes lo necesitan.

— Prevención en atención primaria y secundaria: la capacidad para ayudar a los pacientes a vivir mejor con sus enfermedades (por ejemplo, mediante el apoyo a la autogestión, de modo que se favorezca su independencia y actividad durante más tiempo). La incapacidad para apoyar o motivar a las personas a llevar una vida más saludable puede impedir a los sistemas sanitarios tener un impacto significativo sobre la mayor demanda de cuidados en entornos institucionales.

— Coordinación personalizada de los cuidados: la ausencia de coordinación de los cuidados que ayude a salvar la fragmentación existente en el modo de proveer los servicios sanitarios se traducirá en una experiencia y resultados en los cuidados inferiores al óptimo.

— Sistemas efectivos de información, comunicación y tecnología: sin la capacidad de los profesionales sanitarios para comunicarse bien entre ellos, y sin la capacidad de las personas para interactuar eficazmente con los proveedores de salud en aras a una toma de decisiones compartida, es imposible que los cuidados integrados tengan éxito. Las nuevas tecnologías son importantes para establecer historias clínicas digitales de los pacientes y permitir la compartición de información en tiempo real que redunden en una mejor atención de los pacientes.

— Sistemas de provisión integrados: los sistemas de salud deben dar solución a las necesidades de las personas, sobre

todo en épocas de crisis. La incapacidad de las redes de proveedores para responder en tiempo real a las necesidades de los pacientes puede dar al traste con los esfuerzos de coordinación de los cuidados.

— Integración normativa: los sistemas de salud funcionan óptimamente cuando están soportados por un sentido de propósito común y unos valores culturales compartidos. Los cuidados integrados desafían las normas y valores existentes por lo que respecta a la forma de trabajar de los directivos y profesionales, de modo que enfatizar la promoción y el compromiso con unos valores compartidos es un requisito previo para implementar el cambio hacia los cuidados integrados.

— Investigación y evaluación: la incapacidad para crear evidencia con la que juzgar o comparar el impacto de los esquemas de cuidados integrados es un problema común a escala internacional, que podría lastrar la credibilidad de las innovaciones en materia de cuidados integrados a largo plazo. La capacidad de medir y monitorizar los resultados puede ayudar a los sistemas de salud a demostrar su contribución al rendimiento y proporcionar impulso para mejorar la calidad de la atención.

Es importante comprender, al analizar la evidencia, que para que los cuidados integrados tengan éxito, es decir, para que los programas se desplieguen de forma efectiva y puedan ayudar a alcanzar la *Triple Meta*, es necesaria la adopción *simultánea* de todas estas estrategias.

En conclusión, la creación de enfoques efectivos que ayuden a integrar los cuidados es un pro-

ceso complejo, y la experiencia sugiere que el éxito y la sostenibilidad de los programas de cuidados integrados no están garantizados pues con frecuencia operan «fuera» de los lindes normales de asistencia, en lugar de formar parte del «negocio estratégico». Si los cuidados integrados no gozan de la total adhesión de los ámbitos político, regulatorio, organizativo y profesional, la consecución del cambio se hará reposar en exceso en los líderes locales y los innovadores.

Si realmente se desea que los cuidados integrados se conviertan en una estrategia para alcanzar la *Triple Meta* en España, es preciso que las regiones acometan una profunda reevaluación de sus enfoques sobre diseño y provisión de los cuidados. Ello pasa por avanzar en un camino complejo y a largo plazo de transformación del sistema, que ha de contar tanto con el apoyo político al más alto nivel como con la confianza e involucración de los profesionales sanitarios. Si bien llevar adelante dicho proceso no será fácil, ya se han documentado algunos éxitos, por ejemplo, en el País Vasco, en términos de mejoras en la gestión de los enfermos crónicos (Bengoa, 2013).

En otras zonas de España, como Aragón o Cataluña, el compromiso con una integración que trascienda el sector sanitario para incluir también al sector de los servicios sociales y otros servicios basados en la comunidad se ha convertido en una estrategia de reforma clave. Ahora bien, si atendemos a lo revelado por la evidencia internacional, los sistemas sanitarios en España necesitarán considerable paciencia y persistencia para que los cuidados integrados den frutos. La transformación de sistemas sani-

tarios hacia un modelo que incluya los cuidados integrados es indudablemente un esfuerzo a largo plazo, pero el premio será un sistema más sostenible económicamente y de mayor calidad, que dé mejor respuesta a las crecientes necesidades de la población española y, en especial, de las personas mayores y de pacientes con requerimientos médicos complejos.

BIBLIOGRAFÍA

- BENGOA, R. (2013), «Transforming Healthcare: An approach to system-wide implementation», *International Journal of Integrated Care*, 13, julio-septiembre [online].
- BODENHEIMER, T. (2008), «Co-ordinating care – a perilous journey through the health care system», *The New England Journal of Medicine*, 358(10): 1064-1071.
- COLEMAN, K.; AUSTIN, B.T.; BRACH, C., y WAGNER, E.H. (2009), «Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium», *Health Affairs*, 28(1): 75-85.
- CURRY, N., y HAM, C. (2010), *Clinical and Service Integration: The route to improved outcomes*, The King's Fund, Londres.
- DEVERS, K., y BERENSON, R. (2009), *Can Accountable Care Organizations Improve the Value of Health Care by Solving the Cost and Quality Quandries? Timely Analysis of Recent Health Policy Issues 13*. Urban Institute, Washington DC.
- GOODWIN, N.; DIXON A.; ANDERSON, G., y WODCHIS, W. (2014), *Providing Integrated Care for Older People with Complex Needs: Lessons from seven international case studies*, The King's Fund, Londres.
- GOODWIN, N.; SONOLA, L.; THIEL, V., y KODNER, D. (2013), *Co-ordinated care for people with complex chronic conditions*, The King's Fund, Londres.
- HAM, C. (2010), «The ten characteristics of the high-performing chronic care system», *Health Economics, Policy and Law*, 5: 71-90.
- HAM, C., y WALSH, N. (2013), *Making Integrated Care Happen at Scale and Pace: Lessons from experience*, The King's Fund, Londres.
- HOFMARCHER, M.; OXLEY, H., y RUSTICELLI, E. (2007), *Improved Health System Performance through Better Care Coordination*. OECD Health Working Paper n.º 30. OECD, París.

<p>INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENTS (2013), «The IHI Triple Aim». IHI website. Disponible en: www.ihl.org/offerings/Initiatives/TripleAim/Pages/default.aspx (último acceso el 11 de octubre de 2013).</p> <p>KODNER, D., y SPREUWENBERG, C. (2002), «Integrated care: meaning, logic, applications and implications – a discussion paper», <i>International Journal of Integrated Care</i>, 2(14).</p> <p>NOLTE, E., y MCKEE, M. (2008), «Integration and chronic care: a review», en E. NOLTE y M. MCKEE (Eds.), <i>Caring for People with Chronic Conditions: A health system perspective</i>, Open University Press, Maidenhead, pp. 64-91.</p> <p>ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (2009), «Ageing societies», en <i>OECD Factbook 2009: Economic, Environmental and Social Statistics [online]</i>. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1787/factbook-2009-3-en (último acceso el 24 de abril de 2013).</p> <p>— (2011), «Life expectancy and healthy life expectancy at age 65», en <i>Health at a</i></p>	<p><i>Glance 2011: OECD Indicators</i>, OECD, París. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-66-en (último acceso el 24 de abril de 2013).</p> <p>ØVRETVEIT, J. (2011), <i>Does Clinical Coordination Improve Quality and Save Money?</i>, The Health Foundation, Londres.</p> <p>POWELL DAVIES, G.; HARRIS, M.; PERKINS, D.; ROLAND, M.; WILLIAMS, A.; LARSEN, K., y McDONALD, J. (2006), <i>Coordination of Care within Primary Health Care and with Other Sectors: A systematic review</i>. Research Centre for Primary Health Care and Equity, School of Public Health and Community Medicine, University of New South Wales, en association with the University of Manchester (United Kingdom).</p> <p>SHAW, S.; ROSEN, R., y RUMBOLD, B. (2011), <i>What is integrated care?</i>, The Nuffield Trust, Londres.</p> <p>SONOLA, L.; THIEL, V.; GOODWIN, N., y KODNER, D. (2013a), <i>Oxleas Advanced Dementia Service: Supporting carers and building resilience</i>, The King's Fund, Londres.</p>	<p>— (2013b), <i>South Devon and Torbay: Proactive case management using the community virtual ward and Devon Predictive Model</i>, The King's Fund, Londres.</p> <p>THIEL, V.; SONOLA, L.; GOODWIN, N., y KODNER, D. (2013a), <i>Midhurst Macmillan Community Specialist Palliative Care Service: Delivering end-of-life care in the community</i>, The King's Fund, Londres.</p> <p>— (2013b), <i>Pembrokeshire: Community care closer to home</i>, The King's Fund, Londres.</p> <p>— (2013c), <i>The Esteem Team: Co-ordinated care in the Sandwell Integrated Primary Care Mental Health and Wellbeing Service</i>, The King's Fund, Londres.</p> <p>VALENTIN, P.; SCHEPMAN, S.; OPHEIJ, W., y BRUINZEELS, M. (2013), «Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care», <i>International Journal of Integrated Care</i>, 13.</p>
---	--	---

COLABORACIONES

IV.
PLANIFICACIÓN E INCENTIVOS

Resumen

Este artículo parte de una clasificación de los sistemas sanitarios en regulados, de provisión y producción públicas, y de provisión pública y provisión privada para a continuación evaluar 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 así como la exploración de sus posibles evoluciones futuras.

Palabras clave: sistemas de salud, economía y equidad de los servicios sanitarios, aseguramiento social y servicios nacionales de salud.

Abstract

After classifying health systems into regulated, public, and public and private, this article analyses recent transitions. Given the general trend toward universal coverage, redistributive factors and areas of health economics research are identified that should be borne in mind when defining system genetics. The paper concludes with an appraisal of recent changes in the Spanish health system's DNA and an exploration of its possible future evolution.

Key words: health systems, health service economics and equity, social insurance and national health systems.

JEL classification: H11, H51, H61, I10.

LA GENÉTICA DE LOS SISTEMAS SANITARIOS Y LA POSIBLE EVALUACIÓN DE SU BONDAD

Guillem LÓPEZ-CASASNOVAS

*Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES-UPF),
Departamento de Economía UPF, Barcelona GSE*

Natàlia PASCUAL-ARGENTÉ

*Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES-UPF),
Departamento de Economía UPF*

I. INTRODUCCIÓN

Lo que se pueda considerar un buen sistema de salud es algo que supera una estricta comparativa objetivable. Sus dos parámetros principales —coste y efectividad— contienen elementos que subvierten consideraciones apriorísticas de aplicación universal. Así, en lo que se haya de entender como «coste de oportunidad público» es necesario tener en cuenta tanto el concepto presupuestario impositivo como el gasto privado social, resultante de la regulación pública (Esping-Andersen, 1990). En un caso por la coacción del tributo y, en el otro, del pago coactivo. Y al considerar su efectividad se deben tener en cuenta aquellos resultados objetivables en salud que dependen de elementos ajenos a los sistemas sanitarios, así como las valoraciones sociales subjetivas utilitarias que quera- mos aceptar en sus indicadores. Las diferencias entre sistemas son enormes (Paris *et al.*, 2010); cómo considerar, pues, frustración de bienestar por restricción de acceso, tiempo de espera y angustia, o cómo valorar copagos evitables ante efectividad relativa menor, dejan como poco en entredicho los esquemas convencionales de valoración.

Ello se expresa en la dificultad de evaluar globalmente los siste-

mas sanitarios de los países, más allá de las fronteras e idiosincrasia de sus ciudadanos. De la tradicional caracterización de los sistemas de salud en Bismarck o Beveridge según sus rasgos, hasta los cuatro modelos evolucionados de esa misma raíz: pago directo, basado en impuestos, aseguramiento social y aseguramiento privado (Mossialos y Dixon, 2002), la preponderancia del criterio de financiación, relacionado con el acceso al servicio y la elegibilidad en su utilización, sigue vigente. Cabe entonces dilucidar una clasificación que, lejos de aspirar a ser antagónica, pueda ofrecer una versión alternativa de la que pueda seguir un análisis comprensivo de sus raíces y de los caminos que han recorrido en los respectivos países. Observar los sistemas desde la experiencia y el conocimiento teórico permite comentar sobre sus principales debilidades y bondades. Así, en la sección II se presenta el análisis de los sistemas y sus transiciones, y en la sección III se comentan aquellas consideraciones relevantes que afectan a la definición de las identidades, más allá del sistema que se elija como referencia. Finalmente, en la sección IV se explora cómo se va a definir el ADN del sistema sanitario español a la luz de los cambios recientes motivados por la crisis económica.

II. OBSERVATORIO DE SISTEMAS

En esta sección se explora la genética de los diferentes sistemas a partir de la constatación de cómo han tendido a resolver sus funciones clave y, sin pretensión de exhaustividad, se ofrecen sus *polímeros* (redes), *moléculas base* (funciones asistenciales), *células* (centros) y *proteínas* (incentivos y lubricaciones). La clasificación que se ofrece a continuación distingue entre sistemas que responden a una trayectoria, a una cultura y a una ideología suficientemente diferenciada para no poder considerar sus extremos como «superiores» unos a otros.

1. Sistemas

El análisis que aquí se presenta parte de aquellas funciones del sector público que los distintos países han desarrollado en mayor medida a la hora de organizar sus sistemas de salud. En esta sección se hace una caracterización de los sistemas de salud distinguiendo entre: 1) aquellos sistemas basados en la regulación que transfiere responsabilidades a terceros y mantiene solo subsidiariamente redes de seguridad públicas (para ancianos y pobres) —como en el caso de Estados Unidos—; 2) los que se estructuran como servicios nacionales de salud, como si de un servicio administrado más se tratara, y 3) los que tejen sistemas de aseguramiento social de cuidados sanitario (típicamente en modelos continentales).

1.1. Sistema regulado (SR)

Un sistema regulado es aquel que identifica la responsabilidad pública en la simple determinación de la obligatoriedad del ase-

guramiento. Ello no implica ni provisión ni producción de servicios por parte del sector público, pero la responsabilidad y asunción del coste de su financiación se estiman individuales. Todos los ciudadanos han de estar asegurados respecto de sus contingencias sanitarias posibles, y se les puede obligar y multar por no hacerlo. La acción del «buen samaritano» para con el enfermo acaba aquí: de otro modo se generan procesos de abuso moral que debilitan el propio cumplimiento de la norma. En este caso el aseguramiento se puede exigir a través de las empresas y puede no ser de bajo coste para el erario público.

La regulación pública puede extenderse a otros aspectos de la provisión privada, tales como la acreditación de profesionales, la certificación de equipamientos o la acción colectiva ante potenciales malas prácticas. Cuando la regulación por *inputs* se hace, además, muy extensiva (planificación de necesidades, licencias máximas de *inputs*, autorización de equipamientos, condiciones de trabajo, precios máximos, etcétera) cabe preguntarse legítimamente hasta qué punto la limitación de autonomía de productores y proveedores no acaba siendo antagónica a la eficiencia que por esta vía se está buscando conseguir.

Notemos también que la obligatoriedad del aseguramiento no suele tener un alcance omnicompreensivo. Puede «extenderse» tan solo a un paquete básico de servicios y/o contingencias. Tampoco implica cobertura a través de una prima única de aseguramiento sino que caben prestaciones complementarias a precios libres. Ni implica un *pool* global de aseguramiento, tanto individual como colectivo, aunque en este

caso es más común encontrarlo al nivel de empresa. Cuando se extiende a todos los ciudadanos, de hecho se hace normalmente a personas sin medios y, a veces, a ancianos, y se realiza por la vía de la provisión/financiación directa. En este caso, ni siquiera el coste de acceso está siempre cubierto al completo por la prima de aseguramiento, cabiendo precios y copagos en el punto de acceso de modo complementario. También es consustancial al sistema la diversidad de proveedores y la libre elección, aunque en este último caso se dirime si la decisión de grupo puede subyugar la individual, y si la individual ha de contar con incentivos a una decisión más informada para lo que la información pública devenga bien colectivo.

En los contextos anteriores, la preocupación por la equidad se refleja tan solo en cierta discriminación a favor de determinados servicios (los más eficientes con menor coste de acceso) o de colectivos con regímenes de responsabilidad colectiva (mayores, veteranos de guerra, personas con alguna minusvalía, pobres de solemnidad). Y siempre con el deber de alguna modalidad de auxilio ante urgencias considerables vitales. Aun en este caso no supone siempre provisión pública, pudiendo corresponderse con un servicio privado para cuya financiación el sector público media con el proveedor privado o transfiere recursos monetarios al ciudadano para eliminar potenciales barreras de acceso. Por lo general, dichos sistemas que intentan primar la responsabilidad individual sobre la salud de cada cual pecan en las consecuencias de equidad en acceso, consumo y resultado.

En todo caso, los esfuerzos de señalar limitaciones al quehacer

en materia de cuidados de salud del «buen samaritano» puede generar fácilmente «trampas de pobreza»: discontinuidades por las que la edad, un determinado umbral de renta, una determinada condición más o menos subjetiva, más o menos exógena, puede marcar elevadas diferencias en los deberes propios frente a los derechos legitimados colectivamente. Llegar a los 65 años en algún sistema sanitario es complejo, pero si se llega se toca tierra salva; trabajar formalmente y aumentar marginalmente ingresos puede hacer perder una cobertura subsidiada, de coste de otro modo inasumible; alejarse de una zona de urgencias hospitalarias puede impedir el acceso al servicio por urgencia vital. Podría decirse también que son menos eficientes atendiendo a datos agregados de gasto-resultado (Nolte y McKee, 2008), aunque, como dijimos, esta ecuación se interpreta de modo diferente entre países con culturas diferentes. También en cuanto a ineficiencias de funcionamiento es normal observar duplicidades, demanda inducida, menos integración y secuenciación de servicios, poca continuidad entre primaria y especializada, y elevado coste. Pero, de nuevo, ello no hace que el sistema se haya de considerar «peor», sobre todo si la decisión se legitima políticamente en leyes de suficiente respaldo social.

1.2. Sistema de provisión y producción públicas (SPB)

Los sistemas de provisión pública (entendida como responsabilidad y financiación) con producción pública suponen la integración completa de la cadena de valor sanitaria: el sector público asume desde la planificación y la definición de la cartera

de servicios hasta su compra y suministro sobre el territorio. Como si de un servicio administrativo más se tratase, diversos departamentos públicos concatenan decisiones de priorización de salud, a partir de condicionantes epidemiológicos, capacitación gerencial, formación de profesionales, regímenes presupuestarios, de control y evaluación. Esto se realiza a través de funcionarios, estatutarios, jerarquizados, con puesto de trabajo reglamentado y condiciones laborales y salariales externamente determinados a las propias organizaciones.

Su eficiencia se basa en la posibilidad de integrar sin otra dificultad que la de implantar directrices y de protocolizar a través de órdenes y circulares. La mancomunización de compras (con el límite del monopsonio) y la uniformidad (con poca elección, catálogo básico unificado, algoritmos de tratamientos, inspección) son congénitos a dichos sistemas, de los que se suele discutir más «lo hecho» (incentivos, capacidades gestoras fácticas) que «lo dicho» (políticamente). Priorización de prestaciones, catálogo de servicios y planificación de necesidades de colectivos de salud más frágil no siempre se resuelven coherentemente a pesar de la unificación del ordeno y mando político de su régimen. La compartimentación departamental, la falta de presupuestos por programas, la presión de *lobbies* en los eslabones técnica o políticamente más débiles son sus mayores interferencias. A menudo, por tanto, el discurso de planificación que se ha de basar en objetivos de salud poblacionales se traduce mal en sistemas de información de actividad asistencial, un sistema de control tardío que suele acabar identificando únicamente diferencias en coste de *inputs* y un sistema de financia-

ción de unidades más aisladas que integradas, para los que rigen criterios históricos más o menos incrementalistas.

Para estos modos *publicados* de provisión, la equidad cobra importancia capital, ya que a menudo se intenta justificar con ella algunas ineficiencias y legitima la dureza de las restricciones (de servicios cubiertos, de retribuciones máximas, de tiempos de espera). La escasa utilización de financiación ajena a los impuestos se presenta como gran coartada; pero nada es gratuito, y la consideración de abuso moral y la sobreutilización pueden tener antídoto en copagos evitables y, en este sentido, tasas tan eficientes como equitativas. Aun así, se trata de los sistemas que menos recursos públicos consumen y mantienen resultados de salud objetivados mejores (Nolte y McKee, 2008). Pero de nuevo, como dijimos, esta no es la única evaluación posible de los sistemas sanitarios, al ponderar algunas sociedades otros criterios que hacen inaceptable el racionamiento o la falta de libre elección.

1.3. Sistema de provisión pública y producción privada (SPV)

Nos referimos aquí a los sistemas de aseguramiento social de servicios sanitarios, que combinan en distinta medida la regulación con provisión pública pero dejan abierta la producción a profesionales, centros, organizaciones, mutualidades o aseguradoras privadas, con o sin ánimo de lucro. Se trata de sistemas que han resultado de unificar proveedores con distintas formas de producción que preexistían a la propia creación de las redes públicas.

Las afiliaciones, siendo obligatorias, devienen coactivas a través del empleo o empleador. Sin embargo, los derechos no se confinan a la continuidad del trabajo en la empresa sino que se arrastran en el ciclo vital al tratarse de derechos de ciudadanos. Con el tiempo la libre elección de ente asegurador de entre los públicamente convenidos se separa por completo de las categorías laborales y de las empresas, que devienen simples intermediarios que coadyuvan, y en algunos casos complementan, la financiación. En estos sistemas la cobertura pública es universal, subrogando el sector público los ámbitos en los que no alcanzan los intermediarios. La financiación es de corte capitativo, poblacional como corresponde a un sistema de aseguramiento, y la información disponible de registro individual permite ponderar la financiación con diversos ajustes de riesgo predecible y exógenos al comportamiento de la oferta.

La industria sanitaria, como las corporaciones de profesionales sanitarios, con sus diversos agentes e intereses diferentes juegan un papel fundamental que a veces supedita políticas de salud, más intersectoriales y no dependientes exclusivamente del sector sanitario. El abuso moral se combate con copagos más generalizados que en el sistema anterior. Su enfoque de eficiencia es en este sentido el correcto: de salud poblacional, financiación prospectiva, primando la prevención, la educación, la coordinación, la comparativa de eficiencia relativa dentro de redes integradas, al ser su financiación no retrospectiva de reembolso de costes aislados.

Su gran talón de Aquiles en términos de equidad se concentra en la selección de riesgos: si

los ajustes no compensan correctamente los riesgos poblacionales, ni con exceso ni con defecto, puede quebrarse el *pool* efectivo del aseguramiento. Sin embargo cabe añadir que, más allá de los ajustes mencionados, existen también técnicas de reaseguro y tratamiento de casos extremos, fuera de la financiación básica, que permiten al regulador público velar por la equidad de los cuidados de salud.

2. Las transiciones de los sistemas

Pese a la distinta naturaleza de los sistemas en lo que se refiere a su punto de partida, los rasgos estilizados son herencia de la historia de los países (Bismarck, Beveridge, constitucionalismo estadounidense), y en su evolución sí pueden observarse rasgos comunes (Kutzin, 2011). A continuación se analiza cómo, desde sus fundamentos tradicionales, observamos una evolución que bien puede ampararse en una sólida literatura de Economía de la Salud, inspiradora, a su vez, de una política sanitaria basada en la evidencia.

Estaría así en el régimen tradicional de dichos sistemas una financiación más retrospectiva que prospectiva. Ello se ha materializado en reembolsos en SR, sobre la base de los *inputs* en SPB y sobre la base de los *outputs* en SPV. Todos ellos transitarían hoy a un pago por resultados: de pacientes (en SR), poblacionales (en SPB) y de afiliaciones cubiertas (en SPV).

La regulación, los procedimientos y los procesos asistenciales dejarían de centrarse en la calidad de estándares (profesionales, de manufactura, de seguridad, eficacia clínica y efectividad

solo frente a placebo) para orientarse a la efectividad clínica contrastada frente a terapias comparables relativizando su mejor valor con respecto al coste, si bien con distinto grado de formalización en SR y SPV, o en SPB sobre la ratio coste-efectividad en sentido estricto, asignando a esta de un modo más o menos explícito un valor social monetario.

En cuanto al precio de los suministros, se pasa en general de computar el volumen de los servicios comprados al de los precios relativos correlacionables con el beneficio sanitario por unidad de *input*. La evolución de los sistemas difiere aquí en el alcance que se da a esta ratio: solo *inputs* (SR), solo *outputs* (SPV) o contemplando resultados (SPB).

Todo ello ciertamente se ha de apoyar en sistemas de información que tradicionalmente no han aproximado la medición de resultados de salud, incapaces por tanto de comprar o gestionar de acuerdo con la métrica del desempeño relativo. Hoy los sistemas buscan información sobre el funcionamiento integrado y la asistencia en colaboración, planificada y presupuestada de acuerdo con las necesidades de la población y del acceso y cobertura universal de servicios esenciales. La diferencia entre sistemas radica aquí en el alcance en la consideración de estos y el tratamiento que reciben los excluidos (gradiente de copago, deducibilidad fiscal del aseguramiento complementario).

III. DEFINICIÓN DE LAS IDENTIDADES

La clasificación presentada en la sección anterior debe entenderse como un conjunto de rasgos distintivos que permiten

diferenciar entre sistemas. Sin embargo, por encima de las clasificaciones encontramos que el ideal que parecen perseguir los países en el mundo es hacia la cobertura universal (WHO, 2013). En esta sección se completa el análisis de los sistemas, presentando dos consideraciones a tener en cuenta a la hora de orientar las identidades de los sistemas: un apunte acerca de los impactos redistributivos y la importancia de la elección social, y otro sobre lo que la investigación en Economía de la Salud ha aportado a la toma de decisiones hasta la fecha.

1. Un apunte sobre redistribución

Analizar el impacto redistributivo de los sistemas tiene que ver con entender que en toda relación económica nada es gratis. Siempre hay quien gana y quien paga, ya sea un precio o un tiempo de espera; esto es, siempre hay racionamiento. De acuerdo con la elección del ADN que se desee en un sistema determinado, las repercusiones de distribuir y redistribuir ganancias y beneficios no serán neutras. Ni los impuestos son siempre garantía de equidad ni los copagos lo son de inequidad. Si saneamos el sistema financiero con ayudas públicas, paga el contribuyente; si lo hacemos con más ingresos por comisiones y otros servicios, los usuarios; y si lo hacemos con mayores provisiones, los accionistas. Es esperable que todos quieran escaparse para que pague el otro.

Es en este punto en el que la elección social debe ser más efectiva. En el caso de las prestaciones sanitarias, la pregunta no puede ser si estamos a favor del copago ya que la respuesta lógica es la del gratis total. La cuestión es si la sociedad prefiere

limitar las prestaciones a aquellas que tengan un coste en efectividad asumible, y por lo tanto tener una cartera de servicios flexible y cambiante en relación con las circunstancias presupuestarias públicas, dejando fuera aquellas otras que no nos podamos permitir, por efectivas que sean, resutando así copagables al cien por cien por parte del que pueda.

Del potencial triángulo redistributivo propietarios-contribuyentes-usuarios debemos estar atentos a quién tiene más capacidad de presionar para conseguir un beneficio a coste del otro. El contribuyente es la parte más débil de la cadena, ya que es el menos directamente involucrado en la prestación, y hacer recaer en él todas las consecuencias de un gasto creciente, cada vez más corporativizado, podría hoy empeorar bastante la progresividad social. Los servicios universales tienen la capacidad redistributiva que tienen solo en razón a que los ricos, a pesar de tener derecho de acceso, los utilizan en menor medida que los servicios homónimos privados. Cualquier cosa que rompa este equilibrio sería «morir de éxito» para el sector público: consumo menos redistributivo, más gasto a financiar y unos impuestos crecientes que la fiscalidad dual convierte en menos progresivos. Sin copagos, gana peso la imposición indirecta progresiva y una fiscalidad del trabajo más antisocial que la que afecta al capital. Por tanto, es necesario estar pendientes contra las consignas y mantras que ahora abundan tanto, por justa que sea la causa.

2. La frontera del conocimiento en Economía de la Salud

Tener en cuenta las contribuciones de la investigación académica

también es relevante a la hora de considerar las identidades que se quieran tomar en cada sistema sanitario. Los ámbitos de investigación en Economía de la Salud (cuadro n.º 1) se aplican a los rasgos descritos de los sistemas de salud. En el plano teórico observamos que la investigación, de marcado dominio estadounidense, se ha orientado a las temáticas relacionadas con el aseguramiento, el abuso moral, costes, innovación, medicamentos, etc. Se tiende a una cada vez mayor sofisticación del análisis, poniendo menor interés en los análisis coste-beneficio o coste-efectividad. En cuanto a la extrapolación de resultados, esta se considera sensible a las especificidades de los sistemas. También se ha retomado el interés en el análisis de las externalidades en salud pública. Encontramos, así, estudios macro centrados en el valor añadido en salud y crecimiento económico, y estudios micro centrados en práctica clínica e incentivos.

En el plano empírico, las orientaciones han ido hacia una mayor riqueza de datos, las regresiones antes/después y el uso de variables instrumentales para paliar los problemas de endogeneidad, aunque se mantienen las dificultades para evaluar la dirección de la causalidad. Y finalmente, en el plano de la política pública, el interés se ha centrado en las interacciones entre aseguramiento público y privado, el impacto de las intervenciones sanitarias en el desarrollo económico, el diseño estratégico de las organizaciones, la selección de riesgos y la selección adversa en aseguramiento, entre otros. Aquí se echa en falta el análisis de la sostenibilidad financiera, tan necesario para afrontar los *shocks* económicos que afectan a los sistemas de salud. Tampoco abun-

CUADRO N.º 1

ÁMBITOS DE INVESTIGACIÓN EN ECONOMÍA DE LA SALUD

Modelo de demanda de salud de Grossman extrapolada a nivel macro a través de la reconsideración de la función de producción neoclásica

QALY: análisis psicométrico a nivel micro y análisis de series temporales para medir el valor en salud (considerando otros factores aparte de la asistencia sanitaria) a nivel macro

Análisis de la sensibilidad de la demanda a la incertidumbre (aseguramiento) y a los incentivos (precios, copagos, impuestos, tiempos de espera, etc.)

Demanda inducida por la oferta: incentivos profesionales, producción en equipo, productividad, pago por desempeño, variaciones en la práctica clínica, etc.

Intervención pública en salud: priorización, debate entre welfaristas/no-welfaristas, medición de preferencias (utilidades) y disposiciones a pagar, aportaciones del enfoque bayesiano a la evaluación económica

Mercado de asistencia sanitaria: teoría de la información, pagos por parte de terceros, *pool* de riesgos, ajuste de riesgos, etc.

Evaluación global de los sistemas: combinación de directrices propias de la tradición en Salud Pública, del Banco Mundial, de la Organización Mundial de la Salud, de la Equity Action europea y de los análisis de impacto de la carga mundial de morbilidad

Planificación y monitorización de sistemas: descentralización, coordinación asistencial, transferencia de riesgo a proveedores, técnicas de simulación para escenarios cambiantes (Markov), estimación de necesidades

Fuente: Elaboración propia.

dan los estudios de cambios en la oferta de la asistencia sanitaria y su impacto en la redistribución, comentado anteriormente. Escasean también la consideración de la combinación óptima de riesgos así como el análisis de la contribución de la asistencia sanitaria a la salud poblacional.

IV. EL FUTURO DEL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL

La evolución del sistema sanitario español se ha caracterizado, entre otros rasgos, por la vocación universalista de la asistencia sanitaria. Sin embargo, con la crisis económica, esta base se ha cuestionado, y las consideraciones para España de esta sección deben servir para orientar la valoración de los posibles cambios que esté sufriendo nuestro sistema sanitario. Normalmente entendemos la universalidad de un

servicio público en sus aspectos relativos a la facilitación de acceso al servicio al margen de la capacidad económica de las personas, pensando en los que menos tienen, los más frágiles socialmente y necesitados desde el punto de vista sanitario. Sin embargo, el universalismo es simétrico: permite el acceso libre de coste monetario también para los grupos de renta alta. De manera que si la distribución de necesidad relativa fuera idéntica y la propensión a su tratamiento idéntica entre colectivos, el universalismo generaría un consumo proporcional. Ciertamente el mundo real es más complejo y cabe debatir cómo implementar la universalidad cuando, como en el caso español, la distribución de necesidades relativas y consumos es desigual (Van Doorslaer *et al.*, 2006) y la elección social es sensible a los resultados en equidad (Williams, 2001).

Las genéticas y evoluciones comentadas, entendidas bajo la tendencia general hacia el universalismo, han sufrido recientemente mayores afectaciones a raíz de las políticas que los distintos países han desarrollado, en mayor o menor medida, como respuesta a la crisis económica. De acuerdo con el informe «Health policy responses to the financial crisis in Europe» (Mladovsky *et al.*, 2012), las políticas impulsadas en salud pasan por recortes en los presupuestos de salud, reducción de la cartera de servicios y de la cobertura poblacional, así como medidas orientadas a reducir los precios de la atención sanitaria (afectando salarios, regulación farmacéutica y potenciando la centralización organizativa). España parte de ocupar un buen puesto en las evaluaciones internacionales en cuanto a resultados (Nolte y McKee, 2008), pero no por ello ha escapado de las urgencias derivadas de la reciente crisis financiera y económica. Dado que este informe recoge las decisiones tomadas en Europa hasta el año 2012, momento en que se decretaron las principales medidas en el Estado español, a continuación se analizan los cambios introducidos a través de la aprobación del Real Decreto Ley 16/2012. A partir del cuadro n.º 2 se resumen las medidas introducidas, aunque no desarrolladas en su totalidad, tomando en consideración aquellas que afectan al sistema sanitario.

Los efectos de estas medidas bien pueden clasificarse atendiendo a los ejes de la «caja» de la asistencia sanitaria adaptada de Busse *et al.* (2007) y que ha sido también utilizada por la propia WHO en el «World Health Report» (WHO, 2010 y 2013). En el gráfico 1 se representan los efectos de las medidas tomadas en España, entendiendo que

CUADRO N.º 2

MEDIDAS INTRODUCIDAS EN ESPAÑA PARA LA CONTENCIÓN Y RACIONALIZACIÓN DEL GASTO EN SALUD

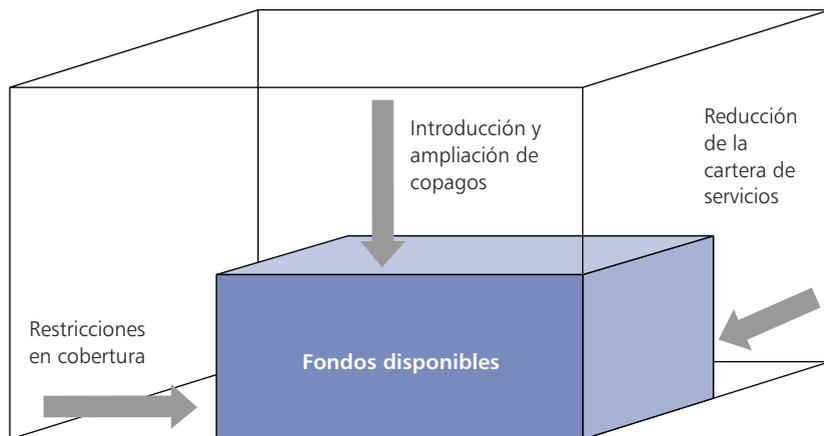
Redefinición de las condiciones de acceso (asegurado y beneficiario)
Modificaciones de la prestación farmacéutica (copagos, desfinanciación, receta por principio activo, entre otras)
Redefinición de la cartera de servicios (básica, complementaria, suplementaria, etc.)
Reducción de las dotaciones presupuestarias en salud
Medidas adicionales a nivel autonómico (por ejemplo, euro por receta)

Fuente: Elaboración propia.

están dirigidas a reducir los fondos públicos que deben destinarse a sanidad a través de la reducción del alcance de la cobertura (que en nuestro caso excluye a ciertos colectivos inmigrantes), la reducción del contenido de la cobertura (modificación de la cartera de servicios organizada ahora en servicios básicos, complementarios, suplementarios y accesorios) y la ampliación de la participación del usuario en la financiación de los servicios sanitarios (copagos).

Los cambios introducidos pueden dar alguna información, aunque sea solo de intención, sobre una confusa identidad genética sanitaria a la que hemos llegado, si observamos nuestra trayectoria reciente. Desde la ampliación del Estado del bienestar con un cuarto pilar en 2003 —dependencia— (medida que tampoco se ha podido llegar a implantar en su totalidad según lo inicialmente «mal» previsto), hasta la introducción de criterios

**GRÁFICO 1
EFECTOS DE LAS MEDIDAS DE CONTENCIÓN DEL GASTO EN SALUD TOMADAS EN ESPAÑA SOBRE LOS FONDOS PRESUPUESTARIOS DISPONIBLES**



Fuente: Elaboración propia a partir de Busse, Schreyögg y Gericke (2007).

de acceso más propios de los sistemas basados en aseguramiento (SPV) que en los que tienen una vocación histórica de cobertura universal (SPB), se puede interpretar un cambio de dirección.

Manteniendo las alarmas sobre los potenciales problemas de salud pública e integración social que puedan derivar del cambio de criterio (AES, 2012), parece que su implementación no ha supuesto cambios de calado en la cobertura poblacional. Y prudencia también a la hora de interpretar el impacto en la prestación farmacéutica (véase como ejemplo Puig-Junoy *et al.*, 2013). A pesar de que todo ello esté pendiente de ser evaluado empíricamente, las buenas noticias de las medidas que se han ido introduciendo están relacionadas con lo que parece una mayor voluntad de introducir políticas basadas en la evidencia, como la desfinanciación de algunos medicamentos que prueben no ser suficientemente efectivos o la introducción de copagos que pueden tener impactos positivos si consiguen disminuir consumos innecesarios. En cuanto a la definición de las condiciones de acceso, la voluntad parece ser otra, la cual, aunque a favor de la recuperación económica, acaba siendo opuesta a las tendencias y recomendaciones internacionales (véase WHO, 2013), que prescriben una base de cobertura universal que parecía haber quedado ya arraigada en el ADN del sistema sanitario español. Sin embargo, como se ha destacado en esta sección y en otras ocasiones (López-Casasnovas, 2010), los tres ejes de la «caja» determinan el volumen del gasto bajo tutela pública, y la dinámica de los procesos en cada vector ha de permitir moldear un sistema sanitario de salud solvente en su capacidad de responder a cir-

cunstancias cambiantes y adaptable a los nuevos retos y necesidades sociales. A partir de aquí falta esperar la orientación de las direcciones que se quieran tomar en materia de aseguramiento (¿queremos cobertura universal en función de las necesidades de la ciudadanía o reanclar el sistema en el estatus de asegurado/beneficiario?), de definición de la cartera de prestaciones (¿desplegaremos la intención anunciada en 2012 de caminar hacia la plena implementación de la cuarta valla propia de la Economía de la Salud con, quizá, la creación de un NICE español?), de priorización de políticas (¿se materializarán de forma generalizada lo que hasta hoy han sido brindis al sol en proceduralización del análisis coste-efectividad?), en cuestiones de equidad (¿tendremos en cuenta ponderaciones explícitas en las preferencias de la elección social en cuanto a la disyuntiva eficiencia-equidad?).

Los cambios recientes introducidos en España parecen como mínimo sembrar dudas acerca de un ADN que creíamos conocer. Sin embargo, será el devenir de las futuras decisiones en materia de política sanitaria lo que disipa-

rá cualquier incertidumbre sobre si nuestro ADN seguirá siendo herencia de Beveridge o volverá a mutar en la tradición de Bismarck.

BIBLIOGRAFÍA

- ASOCIACIÓN DE ECONOMÍA DE LA SALUD, AES (2012), «Posición de la Asociación de Economía de la Salud sobre la reforma del derecho subjetivo a la asistencia sanitaria universal introducido por el Real Decreto-ley 16/2012». Disponible en: http://www.aes.es/Publicaciones/Documento_de_posicion_aseguramiento.pdf (consultado el 21 de abril de 2014).
- BUSSE, R.; SCHREYÖGG, J., y GERICKE, C. (2007), *Analysing changes in health financing arrangements in high-income countries. A comprehensive framework approach*, The World Bank, Washington DC.
- ESPING-ANDERSEN, G. (1990), *The three worlds of welfare capitalism*, Polity, Londres.
- KUTZIN, J. (2011), «Bismarck vs. Beveridge: is there increasing convergence between health financing systems?». 1st annual meeting of SBO network on health expenditure, OECD, París, 21-22 de noviembre de 2011. Disponible en: www.oecd.org/gov/budgeting/49095378.pdf.
- LÓPEZ-CASASNOVAS, G. (2010), «Las cifras del gasto sanitario en su comparativa. Errores y omisiones», *Gestión Clínica y Sanitaria*, 12(1).
- MLADOVSKY, P.; SRIVASTAVA, D., y CYLUS, J. (2012), «Policy summary 5. Health policy responses to the financial crisis in Europe». World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. Disponible en:

www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/170865/e96643.pdf.

- MOSSIALOS, E., y DIXON, A. (2002), «Funding Health Care: an Introduction», en E. MOSSIALOS, A. DIXON, J. FIGUERAS y J. KUTZIN (Eds.), *Funding health care: options in Europe*, Open University Press, Buckingham.
- NOLTE, E., y MCKEE, C.M. (2008), «Measuring the health of nations: updating an earlier analysis», *Health Affairs*, 27: 58-71.
- PARIS, V.; DEVAUX, M., y WEI, L. (2010), «Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries». OECD Health Working Papers n.º 50, OECD Publishing. Doi: 10.1787/5kmfxfq9qbnr-en.
- PUIG-JUNOY, J.; RODRÍGUEZ-FEJOÓ, R., y GONZÁLEZ LÓPEZ, B. (2013), «Avaluació de l'impacte de les reformes en el copagament farmacèutic a Catalunya». AQUAS, Central de Resultats, Monogràfics 26/13.
- REAL DECRETO LEY 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.
- VAN DOORSLAER, E.; MASSERIA, C., y KOOLMAN, X. (2006), «The OECD Health Equity Research Group, Inequalities in access to medical care by income in developed countries», *Canadian Medical Association Journal*, 174(2): 177-183.
- WILLIAMS, A. (2001), «Applying economics in a hostile environment: the health sector», *Gaceta Sanitaria*, 15: 68-73.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2010), *The world health report 2010. Health systems financing: the path to universal coverage*, Ginebra.
- (2013), *The world health report 2013: research for universal health coverage*, Luxemburgo.

Resumen

En este artículo se abordan los nuevos sistemas de pago a proveedores sanitarios en seis países, y se examina en qué medida dichos sistemas incluyen incentivos ligados a la mejora de la coordinación y/o la calidad de los cuidados prestados. Con el fin (prioritario) de incentivar la coordinación de los cuidados, los países asignan a los proveedores una responsabilidad compartida sobre sus beneficios, realizando pagos agregados. Por el contrario, para incentivar (prioritariamente) la calidad de los cuidados se suele remunerar a un único proveedor (el médico de familia o el hospital), al que se responsabiliza de la obtención de unos resultados de alta calidad. Si bien existen enfoques prometedores tanto con el pago enfocado en la coordinación de los cuidados como con el pago orientado a la calidad, los países no se están planteando actualmente alcanzar ambos objetivos de forma simultánea. Por tanto, se observa la necesidad de desarrollar fórmulas de pago que incentiven tanto la calidad como la coordinación de los cuidados prestados a los pacientes.

Palabras clave: pago, reembolso, incentivos, cuidados integrados, calidad.

Abstract

This paper focuses on new payment mechanisms in six countries and examines to what degree they include incentives for providers to improve coordination and/or quality of care. To (primarily) incentivize care coordination, countries give providers shared responsibility for their profits as they bundle payments. On the other hand, incentivizing (primarily) quality of care usually rewards one provider (GP or the hospital) who/which is responsible for delivering high-quality outcomes. Although promising approaches exist both for paying for care coordination and for paying for quality, countries do not currently aim at achieving both objectives at the same time. Thus, there is a need to develop payment mechanisms that incentivize both quality and care coordination.

Key words: payment, reimbursement, incentives, integrated care, quality.

JEL classification: I11, I13, I18.

SISTEMAS DE PAGO PARA MEJORAR LA CALIDAD, EFICIENCIA Y COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES CRÓNICOS. UN MARCO Y EJEMPLOS NACIONALES (*)

Reinhard BUSSE

Miriam BLÜMEL

Departamento de Gestión de Cuidados Médicos, Universidad Tecnológica de Berlín

I. INTRODUCCIÓN

La cuestión de la atención de las personas con enfermedades crónicas está cobrando creciente importancia en los países industrializados. De forma paralela al envejecimiento de la población, la carga de las enfermedades crónicas está aumentando de manera imparable. No obstante, hoy en día las enfermedades crónicas han dejado de ser consideradas un problema exclusivo de los ricos y los mayores, pues sabemos que, en los países de renta elevada, este es un fenómeno que puede afectar igualmente a personas pobres, jóvenes y de mediana edad. Esto tiene serias consecuencias económicas, como queda patente en el incremento del gasto en atención crónica registrado en todos los países.

Las enfermedades crónicas, como enfermedad cardiovascular, diabetes, asma o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), pero también cáncer, VIH/sida y enfermedades mentales, tienen en común que precisan de una respuesta de larga duración, coordinada por diferentes profesionales sanitarios, especialmente cuando cursan como enfermedades múltiples. Los modelos de cuidados integrados responden al hecho de que las enfermedades crónicas rara vez pueden ser tratadas de forma

aislada unas de otras. Estos modelos organizan el tratamiento de modo que los proveedores coordinen mejor, y potencialmente integren, los cuidados, con la meta de prestar una atención de mayor calidad a la vez que eficiente. No obstante, el reto sigue siendo encontrar una forma de pagar a los proveedores que incentive la consecución de estos objetivos (Busse *et al.*, 2010; Nolte *et al.*, 2008).

En el presente artículo analizamos los incentivos implícitos en los mecanismos de pago tradicionales, así como los de los nuevos métodos que pretenden incentivar la coordinación de los cuidados y la calidad de los mismos, a la vez que una eficiencia (más) alta. A tal fin, empezamos desarrollando un marco analítico que luego nos servirá de base para describir y analizar los enfoques aplicados actualmente en Australia, Francia, Alemania, Países Bajos, Reino Unido y Estados Unidos. Por último, exponemos sus ventajas e inconvenientes en cuanto a la mejora de la calidad, la eficiencia y la coordinación de los cuidados de pacientes crónicos.

II. SISTEMAS DE PAGO TRADICIONALES E INCENTIVOS PREVISTOS

Los sistemas de pago a proveedores constituyen una pieza

clave del rendimiento de cualquier sistema sanitario, y las exigencias que recaen sobre ellos son, consecuentemente, elevadas (Barnum *et al.*, 1995; Chaix-Couturier *et al.*, 2000; Robinson, 2001). Idealmente, los sistemas de pago a los proveedores deberían motivar a los actores del sistema sanitario para prestar un tratamiento y unos servicios apropiados, desincentivar la selección de riesgos y animar a los proveedores a conseguir unos resultados de salud óptimos, todo ello de manera compatible con la eficiencia técnica, la racionalización administrativa y la contribución a la eficiencia general del sistema sanitario mediante el control del gasto.

El cuadro n.º 1 ofrece una visión general de los tipos más frecuentes de sistemas de pago a los proveedores, junto con sus ventajas e inconvenientes teóricos respecto a los principales objetivos declarados más arri-

ba, si bien se podría discutir sobre el grado exacto de los incentivos declarados (1). Por un lado, los sistemas de pago retrospectivos o por servicio (conocidos en el mundo anglosajón como *fee-for-service*) proporcionan fuertes incentivos a los proveedores para que sean «productivos», tratando al máximo número de pacientes y haciendo todo lo que puedan por ellos. No obstante, también pueden conducir a niveles de servicio inadecuados o incluso innecesarios (incurriendo en lo que denominaríamos demanda inducida por el oferente), son administrativamente complejos y no promueven el control del gasto. La eficiencia técnica no está presente, ya que los proveedores son remunerados por cada servicio que prestan. Por el contrario, los incentivos en los modelos de corte capitativo son diametralmente opuestos a los de los modelos de pago retrospectivo. Si bien son administrativamente sencillos y técnicamente

eficientes, la capitación no premia a los proveedores que evitan la selección de riesgos en beneficio de los pacientes con (múltiples) enfermedades crónicas. En su lugar, es más probable que esta fórmula de pago incentive a los proveedores a derivar pacientes a otros proveedores, al tiempo que posiblemente los llevará a ceñirse a directrices de política sanitaria basada en la evidencia (si estas reducen o evitan las complicaciones). Un mejor ajuste de riesgos podría paliar el inconveniente de no tener en cuenta adecuadamente las necesidades de los pacientes, si bien esto podría contrarrestar las ventajas relativas a la simplicidad administrativa. Los principales métodos de pago en el cuidado ambulatorio, ya se trate de modelos de tipo capitativo o de pago retrospectivo, tienen en común que no premian la calidad de los resultados de salud.

Para los servicios hospitalarios, los presupuestos globales y los pagos por caso basados en grupos relacionados por el diagnóstico (GRD) son las formas típicas de pago. Los presupuestos globales basados en los costes históricos son sencillos en términos administrativos y contribuyen al control del gasto, pero se corre el riesgo de que los hospitales no sean activos a la vez que desatienden las necesidades de los pacientes, la idoneidad y calidad de los cuidados, y por consiguiente, los resultados. Los sistemas de pago por caso basado en GRD envían un incentivo más fuerte para ser eficientes y productivos —al menos, por lo que respecta al número de casos— pero, en su forma «pura» (es decir, basados exclusivamente en diagnósticos con escasa o nula consideración de las complicaciones y los procedimientos), se corre el riesgo de desatender igualmente las necesidades de

CUADRO N.º 1

TIPOS BÁSICOS DE SISTEMAS DE PAGO E INCENTIVOS PREVISTOS EN RELACIÓN CON LOS OBJETIVOS SELECCIONADOS

Sistema de pago	Selección de riesgos	ACTIVIDAD		Control del gasto	Eficiencia técnica	Calidad de los resultados	Simplicidad administrativa
		N.º de casos	N.º de servicios/casos				
Pago por servicio	+	+	++	--	0	0	--
Salario	0	-	-	+	0	0	++
Per cápita....	--	+	--	+	+	0	+
	(sin ajuste de riesgos)						
Presupuestos globales	0	-	--	+	0	0	++
Pago por caso basado en GRD	-	++	--	0	+	-	-
	(si insuficiente consideración de gravedad y servicios prestados)				(si complicación = comorbilidad)		

Nota: ++ / --, fuerte incentivo en sentido positivo o negativo; + / -, incentivo moderado en sentido positivo o negativo; 0, nulo incentivo en ambos sentidos (o dependiente de datos específicos sobre implementación).

Fuente: Elaboración propia de los autores, basada en Barnum *et al.* (1995), OMS (2000) y Geissler *et al.* (2011).

los pacientes y la idoneidad de los cuidados, al menos si no se realiza el debido ajuste para reflejar la gravedad y el tratamiento necesario (Busse *et al.*, 2013). Finalmente, dado que los incentivos proporcionados por los salarios son solo moderados, estos métodos de pago no presentan ventajas ni inconvenientes concluyentes.

Para superar las limitaciones de los sistemas de pago tradicionales, los países han desarrollado e implantado un abanico de fórmulas de pago mixtas en cuidados ambulatorios, así como en el sector de pacientes hospitalizados. Por ejemplo, en cuidados ambulatorios se suele utilizar un modelo capitolativo para pagar a los médicos por dispensar los servicios básicos que se esperan normalmente de un facultativo. Estos pagos básicos capitolativos pueden ser complementados por pagos por ciertos servicios que resultarían infraprovisos en el sistema de corte capitolativo, o bien que requieren de una técnica o una tecnología especial.

En resumen, cabe destacar tres ideas: 1) prácticamente todos los sistemas de pago proporcionan incentivos contrapuestos en cuanto a «actividad» y «control del gasto», con una ventaja relativa a favor de los nuevos desarrollos capitolativos y GRD en términos de eficiencia; 2) por sí mismo, ningún sistema emite incentivos positivos para producir resultados de alta calidad, un hallazgo preocupante sobre todo para los enfermos crónicos, y 3) ningún sistema emite incentivos para la coordinación de los cuidados, ya sea porque incentivan la actividad y, por tanto, desalientan la derivación de pacientes, o bien porque desincentivan la actividad y, por tanto, alientan una sobrederivación de pacientes. Además, los sistemas

de pago tradicionales están diseñados con arreglo a los diferentes sectores de atención sanitaria. Por consiguiente, representan un importante obstáculo para una mejor coordinación de los cuidados entre los hospitales y la asistencia ambulatoria.

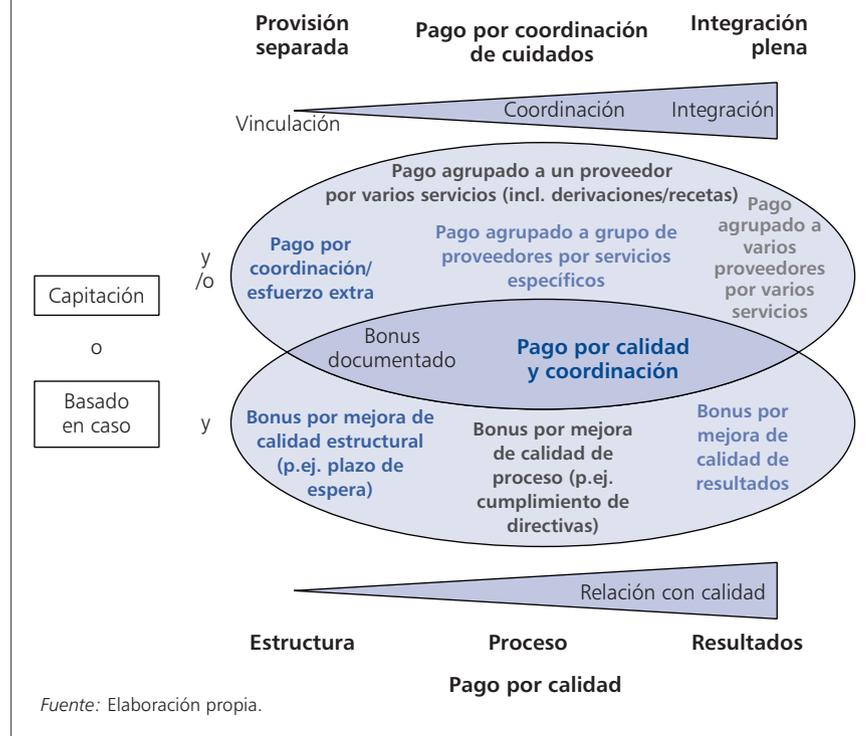
III. UN MARCO DE REFERENCIA PARA ANALIZAR LOS PAGOS POR LOS PACIENTES CRÓNICOS

Todos los países industrializados se enfrentan al mismo desafío: cómo alinear sus sistemas de pago para incentivar y premiar tanto una mayor calidad como una mejor coordinación e integración de los cuidados, sin renunciar a las ganancias de eficiencia experimentadas bajo los modelos de

pago capitolativo y por caso basados en GRD. No obstante, los países pueden elegir —simplificando— entre dos rutas diferentes: o bien incentivar la calidad o bien incentivar la coordinación de los cuidados (gráfico 1).

Para incentivar la coordinación de los cuidados, los países asignan a los proveedores una responsabilidad compartida sobre sus beneficios, realizando pagos agregados: 1) a un proveedor, 2) a un proveedor por varios servicios, 3) a varios proveedores por la prestación de servicios especiales, o 4) a varios proveedores y por varios servicios. El pago a los proveedores por prestar cuidados integrados incentiva principalmente la eficiencia dentro de la red del proveedor, dejando en un segundo plano la calidad de los

GRÁFICO 1
FÓRMULA DE PAGO PARA INCENTIVAR LA COORDINACIÓN Y LA CALIDAD. UN MARCO DE REFERENCIA



cuidados para el paciente. A fin de obtener mayores beneficios, los proveedores podrían verse incentivados a infraprestar servicios, o a seleccionar solo pacientes con buenos riesgos.

En cambio, utilizar un método incentivador de la calidad de los cuidados suele premiar a un proveedor (que generalmente será un médico, aunque también puede ser, si bien menos frecuentemente en el caso de enfermos crónicos, un hospital), al que se responsabiliza de la obtención de unos resultados de alta calidad respecto a: 1) estructuras, 2) procesos o 3) resultados del cuidado. Como se observa en el gráfico 1, pese a que existen enfoques cuyo modelo de pagos incentiva tanto la coordinación como la calidad de los cuidados, estos vienen identificados por un área de intersección mínima. Aún no parece haberse desarrollado completamente una fórmula de pago que provea de incentivos financieros favorecedores tanto de la coordinación como de la calidad de los cuidados.

IV. PAGO ORIENTADO (PRIORITARIAMENTE) A INCENTIVAR LA COORDINACIÓN DE LOS CUIDADOS

El análisis sugiere que uno de los principales obstáculos para una mejor atención de los pacientes crónicos es la falta de coordinación en los sistemas sanitarios. Los enfoques estructurados, como los Programas de Gestión de Enfermedades (DMP, por sus siglas en inglés) y los modelos de atención integrada para pacientes con enfermedades múltiples, tienden a imbricarse entre diferentes capas de unos sistemas sanitarios cada vez más diferenciados (Busse *et al.*, 2010).

Como se describe en la sección II, todos los métodos de pagos tradicionales utilizados para remunerar a los proveedores de asistencia sanitaria resultan insuficientes en cuanto a coordinación de los cuidados, sobre todo en el caso de pacientes crónicos. Como respuesta al desafío planteado por las enfermedades crónicas, han ido surgiendo numerosas iniciativas y modelos encaminados a mejorar la coordinación de los servicios a lo largo de los cuidados continuos requeridos por las personas con enfermedades crónicas (pudiendo ir, o no, acompañados de los incentivos financieros adecuados).

Hay considerables variaciones entre los enfoques de gestión de enfermedades crónicas que se están implantando en las diferentes instalaciones sanitarias (Nolte *et al.*, 2008).

Boon *et al.* (2004) identificaron siete tipos de provisión, con diversos grados de coordinación. Si se ve como un continuo, uno de los dos polos estaría representado por la «provisión separada», y el otro, por la «integración plena de disciplinas» para servicios terapéuticos, rehabilitativos y preventivos (gráfico 1). En segundo lugar en orden ascendente de coordinación está la «práctica paralela», en la cual los profesionales trabajan de forma independiente y llevan a cabo servicios de forma independiente. La «práctica consultiva» es aquella en la que se comparte información sobre los pacientes de manera informal, caso a caso. Avanzando en dicho continuo está la «práctica coordinada», donde el intercambio de datos sobre pacientes está relacionado con determinadas enfermedades, y las terapias se administran a través de una estructura formal. A menudo, un coordinador de

caso supervisará el intercambio de las fichas clínicas de pacientes. Un modelo avanzado de este tipo de práctica es el «equipo multidisciplinar», que está más formalizado, cuenta con más miembros y, con frecuencia, presenta estructuras de equipo claras con subequipos y responsables de equipo. Un «equipo interdisciplinar» es aquel en cuyo seno se toman las decisiones en grupo, se desarrollan políticas comunes y periódicamente se celebran encuentros presenciales. Por último, la «práctica integradora» se basa en una visión común y aporta un «flujo continuo de toma de decisiones y de cuidados y soporte centrado en el paciente» (Boon *et al.*, 2004; Busse *et al.*, 2010).

Cabe presumir que los proveedores tenderán a involucrarse menos en los modelos de cuidados integrados salvo que cuenten con incentivos financieros para ello (Steuten *et al.*, 2002; Schiøtz *et al.*, 2008). Uno de los grandes obstáculos para establecer acuerdos de coordinación de los cuidados y sistemas cooperativos de larga duración es la financiación fragmentaria de los servicios y los proveedores (Struijs *et al.*, 2010). La provisión de un servicio fragmentado puede achacarse hasta cierto punto a la no percepción de una responsabilidad común (rendición de cuentas) entre los diferentes proveedores (Kilbourne *et al.*, 2010). Los cuidados integrados requieren de pagos integrados, es decir, un pago agregado respecto de todos los servicios, así como para todos los proveedores, que incentive a estos a compartir la responsabilidad financiera por el conjunto del continuo de los cuidados. Así pues, los mecanismos de pago deben adaptarse para retribuir la participación en los nuevos esquemas, tales como equipos

multidisciplinares para tratar enfermedades crónicas (Glasgow *et al.*, 2008).

Los modelos de cuidados integrados difieren en su nivel de coordinación, así como en el nivel de pago. Para analizar mejor los enfoques recientes, identificamos cuatro niveles de integración del pago:

Primer nivel: incentivos financieros ligados a la coordinación o el esfuerzo adicional.

Segundo nivel: incentivos financieros ligados a la agregación entre los distintos servicios (prescritos por un mismo proveedor).

Tercer nivel: incentivos financieros ligados a la agregación entre proveedores (pero restringidos a una serie de actividades; por ejemplo, solo las relacionadas con una enfermedad).

Cuarto nivel: incentivos financieros ligados a la agregación entre proveedores y servicios.

Todos los países considerados en el presente trabajo han implementado modelos interesantes en su sistema sanitario para mejorar la coordinación de los cuidados. Sin embargo, presentan notables diferencias en lo que respecta al nivel de incentivos financieros utilizados para estimular a los proveedores no solo a evitar la selección de riesgos, sino a prestar unos cuidados adecuados entre los distintos servicios y los demás proveedores.

Ejemplos nacionales

Como parte de una estrategia más amplia para reformar el fragmentado sistema sanitario de atención primaria en *Australia*, el Australian Government Department of Health and Ageing (DoHA) in-

trodujo el Practice Incentives Program (PIP) en 1998 (Cashin y Chi, 2011). Tratando de evitar los inconvenientes de los pagos retrospectivos (o por servicio) —que constituye el esquema de pago tradicionalmente utilizado para los médicos de familia en Australia—, el PIP apuesta por un modelo de pago mixto, que ofrece una parte de los fondos a los facultativos que no estaba relacionada con el volumen de pagos por servicio. Aparte de pagos de incentivos por los elementos más amplios relativos a una práctica de calidad (véase sección V), el PIP también incluye incentivos directos a los médicos por actividades específicas de gestión de enfermedades crónicas llevadas a cabo con pacientes crónicos. Puede distinguirse entre tres tipos de pago por la gestión de la enfermedad: 1) pagos iniciales; por ejemplo, los pacientes se registran o se enrolan y facilitan sus datos para las fichas clínicas; 2) incentivos por servicios; por ejemplo, pagos por cada ciclo de cuidados finalizado, y 3) resultados de servicios; por ejemplo, pago por la consecución de un objetivo de finalización (Australian Institute for Primary Care, 2008). Si bien estos tipos de pago constituyen un enfoque para mejorar la coordinación de los cuidados, no superan aún la fragmentación de los servicios y los proveedores.

Aunque *Francia* ofrece incentivos financieros a los médicos para mejorar los cuidados de los enfermos crónicos en términos de estructura y calidad de los procesos (véase CAPI, en la sección V), también ha adoptado fórmulas de pago encaminadas a la mejora de la coordinación de los cuidados entre los proveedores de servicios sanitarios. Esto se concreta en el desarrollo de nuevas estructuras de práctica en

atención primaria que hagan mayor énfasis en la prevención y la coordinación de los cuidados. A este fin, la Ley de 2007, de Financiación de la Seguridad Social, contempló un periodo de cinco años a partir de enero de 2008 para experimentar con esquemas de remuneración suplementarios o sustitutivos del pago por servicio en la atención primaria. En este marco, los grupos de práctica podrán elegir entre diferentes paquetes de remuneración por la provisión de servicios sanitarios específicos (Lorenza *et al.*, 2010).

Encontrar una manera efectiva de financiar la práctica grupal como las Multidisciplinary Health Houses (MHH) ha sido un objetivo desde hace mucho tiempo en Francia. Las MHH designan estructuras grupales de práctica en las que profesionales autónomos de la medicina y la paramedicina se reúnen en un mismo centro dedicado a ello específicamente. Estas estructuras están dirigidas a mejorar la gestión de enfermedades crónicas y la efectividad de la prestación de los cuidados reorientando el foco desde la asistencia terapéutica en el caso de los enfermos graves hacia la prevención y la coordinación de los cuidados. También buscan mejorar la accesibilidad (con un horario de apertura más largo) y la eficiencia en la cooperación entre profesionales (en particular entre los médicos de familia y las enfermeras) y la dispensación de los cuidados.

En *Alemania*, la Ley de Reforma SHI aprobada en 2000 introdujo nuevas disposiciones sobre los cuidados integrados, con la finalidad de mejorar la cooperación entre los médicos ambulatorios y los hospitales sobre la base de contratos entre las mutuas y proveedores individuales, o gru-

pos de ellos, pertenecientes a diferentes especialidades. Debido a las barreras jurídicas y financieras, solo cristalizaron unas pocas iniciativas a partir de estas disposiciones legales. La Ley de Reforma del Esquema de Remuneración de la Estructura de Riesgos aportó nuevos incentivos para los cuidados transversales entre sectores a partir de 2002, en el contexto de programas de gestión de enfermedades. Con la Ley de Modernización SHI, en vigor desde 2004, los cuidados integrados se han reforzado aún más y las normas sobre responsabilidad se han aclarado. La Ley ha facilitado la implantación de modelos de cuidados integrados, al suprimir las barreras existentes desde que se introdujera por primera vez el concepto de cuidados integrados en 2000: así, hizo innecesaria la formalización de los contratos de cuidados integrados para extenderlos a las modalidades de atención ambulatoria e ingreso hospitalario, bastando con que estén involucradas diferentes categorías de proveedores dentro de una misma modalidad (por ejemplo, médico de familia y proveedores de cuidados de larga duración ambulatorios) (Busse y Blümel, 2014).

Como incentivo financiero, entre 2004 y 2008 se obligó a las mutuas a provisionar un 1 por 100 de los recursos financieros correspondientes a médicos ambulatorios y cuidados hospitalarios y reservar dichos fondos para los contratos de cuidados integrados. Estos recursos solo podían destinarse a los cuidados integrados en la región del colegio de médicos respectivo, y debían reintegrarse en caso de no consumirse en su totalidad. Así, durante cinco años, los cuidados integrados representaron un sector separado para el que debían dotarse recursos financieros.

La iniciativa «Kinzigal saludable» (*Gesundes Kinzigal*), de esta región situada en el suroeste de Alemania, ofrece incentivos financieros a la agrupación entre proveedores y servicios, y por lo tanto sigue la estela del cuidado integrado (Hildebrandt *et al.*, 2010). Este sistema, que atiende a casi la mitad de la población de la región, lo administra una empresa regional de gestión sanitaria (*Gesundes Kinzigal GmbH*), que cuenta con contratos con dos aseguradoras de salud públicas. *Gesundes Kinzigal GmbH* es una *joint venture* entre la empresa de gestión sanitaria con sede en Hamburgo *OptiMedis AG*, propietaria de una tercera parte del capital, y la organización con más de 40 miembros «*Medizinisches Qualitätsnetz – Ärzteininitiative Kinzigal*» (Red de Calidad en Medicina – Una iniciativa de los médicos de Kinzigal; MQNK), titular de los dos tercios restantes. La remuneración de los proveedores sanitarios en Kinzigal se basa en un modelo en cuatro etapas: 1) Pago periódico en virtud de la Ley SHI; 2) Pago adicional por servicio (por ejemplo, chequeo de salud); 3) Remuneración basada en el rendimiento, por determinadas características estructurales y de calidad, y 4) Distribución de beneficios, calculada a partir de la diferencia entre el gasto previsto y el gasto real por las mutuas y *Gesundes Kinzigal GmbH* y sus miembros (Braun *et al.*, 2009).

Para superar las estructuras de financiación fragmentada que suelen bloquear la cooperación multidisciplinar, *Países Bajos* elaboró un exhaustivo plan de financiación para el tratamiento de la diabetes en 2007. Con ánimo experimental, se crearon los denominados «grupos de cuidados», entidades jurídicas referidas a la organización que actúa como

contratante principal en un contrato de pago agrupado por cuidados integrados, no al equipo de proveedores de servicios sanitarios que, en la práctica, dispensan los cuidados. El grupo de cuidados es responsable de la organización de los cuidados y de garantizar su prestación (Struijs *et al.*, 2010). La provisión del servicio de asistencia sanitaria puede estructurarse de diferentes modos: 1) el grupo de cuidados puede dispensar él mismo los cuidados contratados, o 2) puede subcontratarlos a proveedores sanitarios individuales y agencias, o 3) una mezcla de ambos. Los honorarios por contratos de pago agrupado y los subcontratos asociados son libremente negociables, lo que se espera que promueva la compra eficiente (Struijs *et al.*, 2010). La decisión sobre la cobertura de los servicios con una fórmula de agrupación de pagos se tomó a nivel nacional. En 2010, el concepto de pagos agrupados para grupos de cuidados fue aprobado para su implementación en todo el país para la diabetes, la EPOC y la gestión del riesgo cardiovascular (Struijs y Baan, 2011).

La Ley de Protección al Paciente y Asistencia Asequible, de 2010, de *Estados Unidos* incluye incentivos a los proveedores para que avancen hacia modelos de cuidados integrados. A partir de 2012, los *Centers for Medicare and Medicaid Services* (CMS) crearán un programa voluntario nacional para la implantación de una nueva categoría de proveedor: las *Organizaciones Responsables del Cuidado de la Salud* (ACO, por sus siglas en inglés). Las ACO asumen la responsabilidad por el coste y la calidad de los cuidados prestados a una determinada población de pacientes asignada a los médicos de sus grupos (Shortell *et al.*, 2010).

«Para ser elegible, una ACO debe contar con un mecanismo de gobernanza compartida, y puede incluir a profesionales que han suscrito acuerdos de práctica grupal, redes de prácticas individuales de profesionales ACO, hospitales que utilizan a profesionales ACO, o alianzas o acuerdos de *joint venture* entre los hospitales y los profesionales ACO. La ACO debe estar dispuesta a rendir cuentas por la calidad, el coste y los cuidados globales recibidos por los beneficiarios de Medicare asignados a ella durante al menos un plazo de tres años, y debe contar con una estructura jurídica formal para distribuir los ahorros compartidos» (Davis et al., 2010).

Como modelo para el Medicare Shared Savings Program para ACO, en 2005 se puso en marcha el programa piloto «Physician Group Practice» (PGP). Esta iniciativa remuneraba a los proveedo-

res por coordinar y gestionar las necesidades asistenciales globales de una población de pacientes no inscritos en Medicare que habitualmente se abonaban mediante la fórmula «pago por servicio». Ofrecía así a los CMS la oportunidad de testar si una nueva estructura de incentivos financieros podía mejorar el servicio y la calidad para pacientes de Medicare, y revelarse en última instancia como costo-efectiva (véase sección V) (Trisolini et al., 2005).

Si bien el sistema de pago relacionado con la calidad se encuentra muy arraigado en Reino Unido en comparación con otros países europeos, los enfoques dirigidos a la coordinación de los cuidados, así como su pago, están mucho menos desarrollados. «En 2008, el Departamento de Salud redactó propuestas de programas piloto de cuidados integrados, que permitieran a los médicos de atención primaria y

comunitaria colaborar con los hospitales en la prestación de un cuidado integral. En abril de 2009, el Departamento de Salud lanzó un programa formado por 16 programas piloto de cuidados integrados, dirigidos a tender puentes entre los sectores de atención primaria, comunitaria, secundaria y asistencia social. Entre los ejemplos se incluía el desarrollo, impulsado por el servicio de facultativos, de equipos especialistas para la atención intermedia de pacientes con demencia, y de servicios de gestión de varias enfermedades crónicas, contando entre sus miembros con representantes de todo el espectro de la atención sanitaria (desde consultores de hospital, médicos de familia, agentes de salud comunitarios y trabajadores sociales)» (Boyle, 2011).

El cuadro n.º 2 muestra un resumen de los incentivos financieros utilizados para mejorar la

CUADRO N.º 2

INCENTIVOS UTILIZADOS PARA MEJORAR LA COORDINACIÓN DE LOS CUIDADOS EN PAÍSES SELECCIONADOS

Incentivos financieros para coordinación/esfuerzo extra	Incentivos financieros para agrupación de servicios	Incentivos financieros para agrupación de proveedores	Incentivos financieros para agrupación de proveedores y servicios
Pago de «año de cuidados» por el paquete completo de gestión de enfermedades crónicas (RU) o incentivos de servicio (AUS)	GP <i>fundholding</i> * (RU) (cf. Dixon y Glennerster, 1995)	1% del presupuesto sanitario general disponible para cuidados integrados → mayoría de cuidados integrados (ALE)	% del presupuesto sanitario general disponible para cuidados integrados → cuidados integrados basados en la población (Kinzigal; ALE)
Bono por paciente para médicos por actuar como controladores de acceso (<i>gatekeepers</i>) de pacientes crónicos y por establecer protocolos de atención o proporcionar educación a pacientes (FR)		Grupos de cuidados integrados (PB)	Ahorros compartidos para Accountable Care Groups (EE.UU.)
Bono por reclutamiento y documentación DMP (ALE) o pagos iniciales (AUS)		Pago agrupado por episodios de cuidados agudos (EE.UU.)	
Pagos por resultados de servicio (AUS)		Pago por cooperación profesional y pago agrupado relacionado por el diagnóstico (FR)	

Notas: AUS = Australia; FR = Francia; ALE = Alemania; PB = Países Bajos; RU = Reino Unido; EE.UU. = Estados Unidos.

(*) Con responsabilidad sobre la gestión de los fondos de los presupuestos de su zona.

Fuente: Elaboración propia.

coordinación de los cuidados en función de los distintos niveles de integración (no se han abordado en profundidad todos ellos).

V. PAGO ORIENTADO (PRIORITARIAMENTE) A INCENTIVAR LA CALIDAD

Tal como se describe en la sección II, los sistemas de pago tradicionalmente utilizados para remunerar a los proveedores sanitarios son insuficientes en lo que respecta a la calidad de los cuidados prestados, en especial a los pacientes crónicos.

El marco analítico clásico utilizado para analizar y evaluar la calidad es el modelo de Donabedian, que se basa en un enfoque con tres componentes: estructura, proceso y resultados (Donabedian, 1988). La estructura se refiere a los requisitos previos, como la función de controlador de acceso (*gatekeeper*) del proveedor. El proceso describe de qué manera se pone en práctica la estructura, lo que puede incluir la provisión de terapias específicas para pacientes crónicos. Por último, los resultados se refieren a los resultados de los procesos (por ejemplo, los resultados clínicos objetivables tras completar una terapia concreta). Los proveedores pueden recibir incentivos financieros para mejorar estos tres vectores de la calidad.

Con el ánimo más general de mejorar la calidad de la prestación del servicio, los sistemas tradicionales de pago han sido modificados por un nuevo enfoque durante la última década. El pago por rendimiento (P4P) proporciona a los médicos incentivos financieros para perseguir metas preestablecidas en la dispensación de la atención sanitaria. Dichas metas pueden estar asig-

nadas a los diferentes componentes de la calidad. Aunque se detecta una tendencia hacia este pago más relacionado con la calidad, el P4P aún tiene una influencia marginal en los países europeos, sobre todo comparado con Estados Unidos (al menos, en el sector hospitalario). No obstante, mientras algunos países utilizan pagos relacionados con la calidad como pieza integral del sistema de pago a proveedores, otros aún siguen experimentando con ellos en la fase piloto.

Ejemplos nacionales

Los pagos relacionados con la calidad solo tienen una influencia marginal en *Alemania*. Un incentivo financiero que tiene en cuenta la calidad estructural del cuidado prestado es un bono que reciben los médicos por cada paciente inscrito en un Programa de Gestión de Enfermedades (DMP). Las mutuas pagan al médico una suma anual. Por su parte, el facultativo proporciona formación a los pacientes y debe documentar los datos de cada paciente.

Como parte de la Ley de Financiación de la Seguridad Social, *Francia* introdujo nuevos esquemas de pagos encaminados a mejorar los aspectos estructurales y procedimentales de la calidad de los cuidados. En 2009, la Union nationale des caisses d'assurance-maladie (UNCAM) instauró una nueva categoría de individual de contratación para los médicos, llamada «contratos para la mejora de la práctica individual» (CAPI) (Chevreul *et al.*, 2010). Los médicos adheridos a este convenio se comprometen a cumplir determinadas metas en términos de estructura y de procesos en tres áreas: 1) gestión de enfermeda-

des crónicas, 2) atención preventiva y 3) nivel de prescripción de medicamentos genéricos en determinadas categorías de fármacos. A cambio, los médicos reciben un pago adicional, además de su remuneración por servicio, el cual depende del número de pacientes tratados y del número de indicadores de calidad alcanzados. Los médicos pueden ganar 7.000 euros adicionales al año si consiguen el 85 por 100 de las metas y tratan a 1.200 pacientes. El rendimiento de los médicos es controlado periódicamente y estos pueden comprobar su tasa de realización en el sitio web de la UNCAM. Transcurrido un año desde su implantación en 2009, 15.000 médicos (una tercera parte de los elegibles) habían suscrito el CAPI, lo que superó con creces las expectativas de la UNCAM. Dos tercios de los médicos que suscribieron el contrato en 2009 obtuvieron una remuneración en 2010. De media, un médico ganó 3.000 euros adicionales en ese año, alcanzando en torno al 45 por 100 de las metas (Or, 2010). La UNCAM prevé que ese dinero invertido en CAPI se verá en su mayoría compensado por el ahorro derivado de unas menores prescripciones de fármacos (caros) y de un mayor uso de medicamentos genéricos.

Otro país que implantó incentivos financieros para mejorar la estructura y el proceso de los cuidados es *Australia* con su Practice Incentives Program (PIP). El PIP se introdujo en 1998 para reconocer e incentivar a los médicos la prestación de una atención de calidad homologable con el *Código de Prácticas* del Real Colegio Australiano de Médicos (Cashin y Chi, 2011). Los pagos según el PIP se realizan con carácter adicional a los pagos normales a los médicos, tales como pagos de Medicare estándar y copagos

de los pacientes. Los pagos PIP proporcionan incentivos respecto a una variedad de áreas de práctica, entre ellas, gestión de información, formación y atención fuera del horario normal, así como incentivos enfocados, como en el caso de la Quality Prescribing Initiative (Australian Institute for Primary Care, 2008).

La introducción de los grupos de cuidados en *Países Bajos* no solo genera incentivos financieros para los proveedores por mejorar la coordinación de los cuidados, sino que también influye (aunque en menor grado) en la calidad de los mismos. Como los proveedores pueden elegir entre diferentes módulos de estándares de atención y adaptar los módulos a las necesidades específicas de los pacientes, pueden dirigirles programas de cuidados diseñados a su medida (Tsiachristas *et al.*, 2011). Además, pueden recopilar importante información de calidad sobre los estándares de atención a través del Conjunto de Datos Básicos. Como resultado, la calidad puede tornarse más objetiva y transparente para las aseguradoras y los proveedores, así como para los pacientes (Tsiachristas *et al.*, 2011).

De todos los países de Europa, *Reino Unido* es el que posee una experiencia más larga en pagos ajustados por calidad, y ya ha desplazado su enfoque desde la estructura y el proceso a la calidad de los resultados. El «marco de calidad y resultados» (QOF) se introdujo en 2004. Los pagos extra ofrecen remuneración por servicios ligados a la consecución de determinados niveles de calidad por parte de los profesionales sanitarios. El QOF es un conjunto de indicadores que proporcionan una puntuación sobre la que se basa la cantidad de fondos extra pagados a cada centro

de salud. Los centros que forman parte del esquema de servicios médicos primarios suelen ser remunerados en función de los criterios acordados localmente con su PCT (Primary Care Trust). Las puntuaciones QOF se registran electrónicamente en cada centro de salud y se remiten a su PCT. El QOF tiene cuatro grandes componentes: 1) estándares clínicos (por ejemplo, tratamiento basado en la evidencia de pacientes crónicos); 2) estándares organizativos (por ejemplo, historia sanitaria electrónica); 3) experiencia de los pacientes (por ejemplo, involucración del paciente en los planes de desarrollo del servicio), y 4) servicios adicionales (por ejemplo, pruebas para detectar el cáncer de cuello de útero, salud infantil). El derecho del médico a percibir pagos relacionados con la calidad viene determinado por un tanteador sobre calidad, donde el máximo que se puede alcanzar son 1.000 puntos. En 2006-2007, cada punto daba derecho a 125 libras esterlinas por cada médico, ajustándose según la media ponderada por población. El QOF está sujeto a negociación anual entre el Comité de Médicos del BMA y la Patronal del NHS (Boyle, 2011).

Los pagos relacionados con la calidad que van más allá de la estructura y el proceso de los cuidados se han adoptado también en *Estados Unidos*. Los médicos incluidos en el proyecto Physician Group Practice son remunerados a través del método ordinario de Medicare *fee-for-service*, pero son aptos para acceder a «pagos por rendimiento» de hasta el 80 por 100 de los ahorros que generen (*si es que consiguen generar ahorros*). Los parámetros de rendimiento se basan en la eficiencia en costes y en 32 medidas de calidad introducidas durante la fase piloto. La parte de los

pagos por rendimiento basados en la calidad, por contraposición a la eficiencia en costes, comenzó representando un 70 por 100 coste/30 por 100 calidad el primer año, pasó al 60 por 100 coste/40 por 100 calidad el segundo año, y al 50/50 por 100 durante los tres años restantes (Ivers y Wright, 2011).

Como se observa en el cuadro n.º 3, la mayoría de los países considerados vinculan sus incentivos financieros a la estructura o el proceso de los cuidados. Solo el programa de Ahorros Compartidos de Medicare en Estados Unidos y el contrato del NHS para los médicos del sistema de salud británico incluyen expresamente pagos por incentivos centrados en la obtención de resultados concretos. Por lo general, el foco ha ido cambiando desde enfoques que simplemente toman en cuenta la presencia (o potencial presencia) de pacientes crónicos hacia incentivos a la financiación diseñados para estimular una determinada respuesta estructural y procedimental entre los proveedores (Busse *et al.*, 2010).

El cuadro n.º 3 muestra cuán lejos han llegado los países analizados en el desarrollo de enfoques para incentivar financieramente no solo la calidad estructural y de procesos, sino también los resultados.

Los pagos que incentivan la calidad de los cuidados es un componente en la totalidad de los países considerados. No obstante, aunque todos implementaron determinados incentivos a proveedores sobre aspectos estructurales, las mejoras en el proceso de los cuidados solo se remuneran en Australia, Francia, Reino Unido y Estados Unidos, y los resultados solo son un compo-

CUADRO N.º 3

INCENTIVOS UTILIZADOS PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS DE ENFERMOS CRÓNICOS EN PAÍSES SELECCIONADOS

<i>Incentivos financieros centrados en estructuras de cuidados</i>	<i>Incentivos financieros centrados en procesos de cuidados</i>	<i>Incentivos financieros centrados en resultados de cuidados</i>
Bono por paciente para médicos por actuar como guardianes de pacientes crónicos y por establecer protocolos de atención o proporcionar educación a pacientes (FR)	Puntos por alcanzar metas de proceso (RU: QOF; FR: CAPI; AUS: PIP)	Puntos por alcanzar metas de resultados (RU: QOF)
Bono por reclutamiento y documentación DMP/PIP (ALE, AUS)	Ahorros compartidos cuando es costo-eficiente (EE.UU.)	Ahorros compartidos cuando es costo-eficiente (EE.UU.)
Puntos por alcanzar metas estructurales (RU: QOF)		
Ahorros compartidos cuando es costo-eficiente (EE.UU.)		

Nota: DMP = programa de gestión de enfermedades; AUS = Australia; FR = Francia; ALE = Alemania; RU = Reino Unido; EE.UU. = Estados Unidos.
Fuente: Elaboración propia.

nente del pago al proveedor en Reino Unido y Estados Unidos.

El cuadro n.º 4 ofrece una síntesis de los enfoques utilizados para incentivar la coordinación de los cuidados, así como la calidad de los mismos. Como se puede observar, solo el Physician Group Practice de Estados Unidos consigue el nivel más alto de coordinación (horizontal) y calidad (vertical). Algunos de los grupos de cuidados de Países Bajos

son premiados por la calidad, pero si bien el nivel de coordinación es elevado, no hacen uso de los pagos agrupados por servicios y proveedores, es decir, la agrupación solo se aplica a los servicios para una entidad de enfermedad. En contraste, los Kinzigtal alemanes «agrupan» (de manera virtual) los pagos a proveedores y servicios, por lo que incentivan la coordinación de los cuidados, pero en detrimento de la calidad. Mientras que Reino

Unido hace hincapié en los resultados de calidad de los cuidados, los enfoques en Alemania (DMP), Francia (CAPI) y Australia (PIP) solo consideran aspectos relativos a la estructura y el proceso de los cuidados.

VI. CONCLUSIONES

La demanda de servicios sanitarios coordinados y de alta calidad ha crecido a medida que el

CUADRO N.º 4

INCENTIVOS UTILIZADOS PARA MEJORAR LA COORDINACIÓN Y LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS EN PAÍSES SELECCIONADOS

<i>Coordinación de cuidados</i> ▶	<i>Incentivos financieros para coordinación/esfuerzo extra</i>	<i>Incentivos financieros para agrupación por servicios</i>	<i>Incentivos financieros para agrupación por proveedores</i>	<i>Incentivos financieros para agrupación por proveedores y servicios</i>
▼ <i>Calidad de cuidados</i>				
Incentivos financieros centrados en estructuras de cuidados	DMP (ALE) CAPI (FR) PIP (AUS)	QOF (RU)		PGP (EE.UU.) Kinzigtal (ALE)
Incentivos financieros centrados en proceso de cuidados	DMP (ALE) CAPI (FR) PIP (AUS)	QOF (RU)	Grupos de cuidados (PB)	PGP (USA) Kinzigtal (ALE)
Incentivos financieros centrados en resultados de cuidados		QOF (RU)	Grupos de cuidados (PB)	PGP (EE.UU.)

Nota: AUS = Australia; FR = Francia; ALE = Alemania; PB = Países Bajos; RU = Reino Unido; EE.UU. = Estados Unidos.
Fuente: Elaboración propia.

número de enfermos crónicos, frecuentemente con múltiples morbilidades, ha aumentado de forma evidente a lo largo de las últimas décadas; dicha tendencia sigue su curso en el mundo industrializado. Esto se produce en un contexto marcado por la limitación de los recursos que han de asignarse correctamente entre los diferentes sectores y proveedores sanitarios. Por esta razón, resulta de suma importancia desarrollar e implementar mecanismos de pago a proveedores que cumplan los requisitos de: 1) mejorar la calidad de los cuidados para los pacientes crónicos, 2) promover la coordinación entre los profesionales encargados de prestar esos cuidados, y 3) ser coste-efectivos.

En términos de coste-efectividad, las fórmulas de pago basadas en casos, así como los pagos capitativos, tienen significativas ventajas en comparación con los modelos retrospectivos, ya sean de pago por servicio, basados en presupuestos globales o en salarios. Pero aun así son incapaces de superar el *trade-off* entre eficiencia y calidad. Siendo conscientes de este inconveniente, todos los países considerados están experimentando con métodos de pago relacionados con la calidad, que normalmente adoptan la forma de un bono adicional a la remuneración del médico. No obstante, difieren en los niveles de calidad, es decir, mientras algunos países miden las mejoras en cuanto a estructura y procesos, otros se fijan en medidas de resultados. Respecto al incentivo de la coordinación, se documenta una tendencia hacia pagos más agrupados para los distintos proveedores y servicios, ya que parece obvio que agrupar los pagos induce a los proveedores a responsabilizarse más de la gama completa de servicios pres-

tados. El gran reto para todos los países consiste en ligar estos enfoques hacia métodos de pagos que conjuguen tanto la calidad como la coordinación de los cuidados. Una revisión sistemática por De Bruin *et al.* corrobora nuestra hipótesis, al concluir que el número de modelos P4P con la intención de promover los cuidados a pacientes crónicos a través de una mejor coordinación sigue siendo limitado. Además, apenas se dispone de información sobre los efectos de dichos modelos sobre la calidad y los costes sanitarios (De Bruin *et al.*, 2011). Otra gran evaluación de 22 revisiones sistemáticas sobre P4P llegó a la siguiente conclusión: «Los hallazgos apuntan a que el P4P puede ser (coste-)efectivo, pero la evidencia no es concluyente; muchos estudios no encontraron efecto alguno, y sigue habiendo un escaso número de estudios que desagreguen convincentemente el efecto P4P del efecto de otras iniciativas de mejora. Las desigualdades entre los grupos socioeconómicos se han atenuado, pero persisten desigualdades de otra índole. Existe cierta evidencia de consecuencias no intencionadas, entre las que se incluyen efectos contagio sobre el cuidado no incentivado. Varias características de diseño parecen revestir importancia para alcanzar los efectos deseados» (Eijkenaar *et al.*, 2013).

Aunque los elementos financieros son un factor importante para inducir cambios de conducta, debe subrayarse que la remuneración no es la única motivación de los profesionales. En concreto, los médicos responden a incentivos reputacionales, sobre todo cuando la información sobre rendimiento va a ser objeto de publicación (Kolstad, 2013). Pese a todo, la remuneración sigue constituyendo un impulsor potente para el cambio.

NOTAS

(*) El presente artículo fue redactado originalmente para el Commonwealth Fund y se presentó durante el Simposio Internacional sobre Políticas de Salud celebrado en 2011 en Washington DC. Los autores agradecen encarecidamente la aportación de Zeynep Or (Francia), Jeroen Struijs (Países Bajos) y Stuart Guterman (Estados Unidos).

(1) La lista de objetivos se basa fundamentalmente en los trabajos de BARNUM, KUTZIN y SAXENIAN (1995) y ROBINSON (2001). En CHAIX-COUTURIER *et al.* (2000) y GOSDEN *et al.* (2001) puede encontrarse una revisión de la literatura existente sobre los efectos de los sistemas de pago en el comportamiento de los proveedores.

BIBLIOGRAFÍA

- AUSTRALIAN INSTITUTE FOR PRIMARY CARE (2008), *System reform and development for chronic disease management*, La Trobe University, Melbourne.
- BARNUM, H.; KUTZIN, J., Y SAXENIAN, H. (1995), «Incentives and provider payment methods», *International Journal of Health Planning and Management*, 10(1): 23-45.
- BOON, H.; VERHOEF, M.; O'HARA, D., Y FINDLAY, B. (2004), «From parallel practice to integrative health care: A conceptual framework», *BMC Health Services Research*, 4(15).
- BOYLE, S. (2011), «United Kingdom (England): Health system review», *Health Systems in Transition*, 13(1): 1-486.
- BRAUN, G.E.; GÜSSOW, J.; SCHUMANN, A., Y HESSBRÜGGE, G. (2009), *Innovative Versorgungsformen im Gesundheitswesen. Konzepte und Praxisbeispiele erfolgreicher Finanzierung und Vergütung*, Deutscher Ärzteverlag, Colonia.
- BRUIN, S.R. DE; BAAN, C., Y STRUIJS, J.N. (2011), «Pay-for-performance in disease management: a systematic review of the literature», *BMC Health Services Research*, 11(272).
- BUSSE, R., Y BLÜMEL, M. (2014), «Germany: Health system review», *Health Systems in Transition*, 16(2).
- BUSSE, R.; BLÜMEL, M.; SCHELLER-KREINSEN, D., Y ZENTNER, A. (2010), *Tackling chronic disease in Europe: Strategies, interventions, and challenges*, WHO Regional Office for Europe on behalf of European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen.
- BUSSE, R.; GEISSLER, A.; AAVIKSOO, A.; COTS, F.; HÄKINEN, U.; KOBEL, C.; MATEUS, C.; OR, Z.; O'REILLY, J.; SERDÉN, L.; STREET, A.; WIDEREK, M.; TAN, S.S., Y QUENTIN, W. (2013), «Diagnosis-related groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals?», *BMJ*, 346: f3197.

<p>CASALINO, L.P.; ELSTER, A.; EISENBERG, A.; LEWIS, E.; MONTGOMERY, J., y RAMOS, D. (2007), «Will Pay-For-Performance And Quality Reporting Affect Health Care Disparities?», <i>Health Affairs</i>, 26(3): w405-414.</p> <p>CASHIN, C., y CHI, Y.-L. (2011), <i>Major Developments in Results-based Financing (RBF) in OECD Countries: Country Summaries and Mapping of RBF Programs. Australia – The Practice Incentives Program (PIP)</i>. Disponible en: www.rbfhealth.org/system/files/Case%20study%20Australia%20Practice%20Incentive%20Program.pdf.</p> <p>CHAIX-COUTURIER, C.; DURAND-ZALESKI, I.; JOLLY, D., y DURIEUX, P. (2000), «Effects of financial incentives on medical practice: results from a systematic review of the literature and methodological issues», <i>International Journal for Quality in Health Care</i>, 12(2): 133-142.</p> <p>CHEVREUL, K.; DURAND-ZALESKI, I.; BAHRAMI, S.; HERNÁNDEZ-QUEVEDO, C., y MLADOVSKY, P. (2010), «France: Health system review», <i>Health Systems in Transition</i>, 12(6): 1-291.</p> <p>CHI, Y.-L. (2011), «P4P in primary care and chronic disease management Lessons from OECD countries». Disponible en: www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00344/Y-Ling_Chi_344819a.pdf.</p> <p>DAVIS, D.; GUTERMAN, S.; COLLINS, S.R.; STREMIKIS, K.; RUSTGI, S., y NUZUM, R. (2010), <i>Starting the path to a higher performance health system: analysis of the payment and system reform provisions in the patient protection and affordable care act of 2010</i>, Commonwealth Fund, Nueva York.</p> <p>DIXON, J., y GLENNERSTER, H. (1995), «What do we know about fundholding in general practice?», <i>BMJ</i>, 311(7007): 727-730.</p> <p>DONABEDIAN, A. (1988), «The quality of care. How can it be assessed?», <i>Journal of the American Medical Association</i>, 260: 1743-1748.</p> <p>EIJKENAAR, F.; EMMERT, M.; SCHEPPACH, M., y SCHÖFFSKI, O. (2013), «Effects of pay for performance in health care: a systematic review of systematic reviews», <i>Health Policy</i>, 110(2-3): 115-130.</p> <p>GEISSLER, A.; QUENTIN, W.; SCHELLER-KREINSEN, D., y BUSSE, R. (2011), «Introduction to DRGs in Europe: Common objectives across different hospital systems», en: R. BUSSE, A. GEISSLER, W. QUENTIN y M. WILEY, <i>Diagnosis-Related Groups in Europe</i>, Open University Press, Berkshire, pp. 9-21.</p>	<p>GLASGOW, N. (2008), «Australia», en: E. NOLTE, C. KNAI y M. MCKEE, <i>Managing chronic conditions. Experience in eight countries</i>, WHO Regional Office for Europe on behalf of European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen, pp. 131-160.</p> <p>GOSDEN, T.; FORLAND, F.; KRISTIANSEN, I.S.; SUTTON, M.; LEESE, B.; GIUFFRIDA, A.; SERGISON, M., y PEDERSEN, L. (2001), Impact of payment on behavior of primary care physicians: a systematic review, <i>Journal of Health Services Research & Policy</i>, 6(1): 44-55.</p> <p>HILDEBRANDT, H.; HERMANN, C.; KNITTEL, R.; RICHTER-REICHELH, M.; SIEGEL, A., y WITZENRATH, W. (2010), «Gesundes Kinzigtal Integrated Care: improving population health by a shared health gain approach and a shared savings contracts», <i>International Journal of Integrated Care</i>, 10: e046.</p> <p>IVERS, D., y WRIGHT, R. (2011), «P4P Demonstration Shows Even Large, Integrated Providers Need Significant Time and Money to Achieve Results», <i>Health Law Bulletin</i>. Disponible en: www.mitchellblackstock.com/PDF/PGP_Demo_9-19-11.pdf.</p> <p>KILBOURNE, A.M.; GREENWALD, D.E.; HERMANN, R.C.; CHARNS, M.P.; MCCARTHY, J.F., y YANO, E.M. (2010), «Financial incentives and accountability for integrated medical care in Department of Veterans Affairs mental health programs», <i>Psychiatric Services</i>, 61(1): 38-44.</p> <p>KOLSTAD, J.T. (2013), «Information and quality when information is intrinsic: evidence from surgeon report cards», <i>American Economic Review</i>, 103(7): 2875-2910.</p> <p>LORENZA, L.; MOUSQUES, J., y BOURGUEIL, Y. (2010), «Payment pilots in primary care group practices», <i>Health Policy Monitor</i>. Disponible en: http://hpm.org/en/Surveys/IRDES_-_France/15/Payment_pilots_in_primary_care_group_practices.html.</p> <p>LUFT, H.S. (2009), «Economic Incentives to Promote Innovation in Healthcare Delivery», <i>Clinical Orthopaedics and Related Research</i>, 467: 2497-2505.</p> <p>NOLTE, E.; KNAI, C., y MCKEE, M. (2010), <i>Managing chronic conditions. Experience in eight countries</i>, WHO Regional Office for Europe on behalf of European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen.</p> <p>NOLTE, E., y MCKEE, M. (2008), <i>Caring for people with chronic conditions: a health system perspective</i>, Open University Press, Maidenhead.</p>	<p>OR, Z. (2010), «P4P for generalists: first results», <i>Health Policy Monitor</i>. Disponible en: http://hpm.org/en/Surveys/IRDES_-_France/16/P4P_for_generalists_first_results.html.</p> <p>ROBINSON, J.C. (2001), «Theory and practice in the design of physician payment incentives», <i>The Milbank quarterly</i>, 79(2): 149-177.</p> <p>SCHIÖTZ, M.; FRÖLICH, A., y KRASNIK, A. (2008), «Denmark», en: E. NOLTE, C. KNAI, M. MCKEE, <i>Managing chronic conditions. Experience in eight countries</i>, WHO Regional Office for Europe on behalf of European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen, pp. 15-28.</p> <p>SHAH, S.M.; CAREY, I.M.; HARRIS, T.; DEWILDE, S., y COOK, D.G. (2011), «Quality of chronic disease care for older people in care homes and the community in a primary care pay for performance system: retrospective study», <i>BMJ</i>, 342: d912.</p> <p>SHORTELL, S.M.; CASALINO, L.P., y FISHER, E.S. (2010), «How the Center For Medicare And Medicaid Innovation Should Test Accountable Care Organizations», <i>Health Affairs</i>, 29(7): 1293-1298.</p> <p>STEUTEN, L.M.G.; VRIJHOEF, H.J.M.; SPREEUWENBERG, C., y VAN MERODE, G.G. (2002), «Participation of general practitioners in disease management: Experiences from the Netherlands», <i>International Journal of Integrated Care</i>, 2: e24.</p> <p>STRUJIS, J.N., y BAAN, C.A. (2011), «Integrated Care through Bundled Payments – Lessons from the Netherlands», <i>New England Journal of Medicine</i>, 336(11): 990-991.</p> <p>STRUJIS, J.N.; VAN TIL, J.T., y BAAN, C.A. (2010), <i>Experimenting with a bundled payment system for diabetes care in the Netherlands. The first tangible effects</i>, National Institute for Public Health and the Environment, Bilthoven.</p> <p>TRISOLINI, M.; POPE, G.; KAUTTER, J., y AGGARWAL, J. (2006), <i>Medicare physician group practices: Innovations in quality and efficiency</i>, Fund Report, New York, N.Y.: The Commonwealth Fund.</p> <p>TSIACHRISTAS, A.; HIPPLE-WALTERS, B.; LEMMENS, K.M.M.; NIEBOER, A.P., y RUTTEN-VAN MÖLKEN, M.P.M.H. (2011), «Towards integrated care for chronic conditions: Dutch policy developments to overcome the (financial) barriers», <i>Health Policy</i>, 101(2): 122-132.</p>
---	--	---

Resumen

El objetivo principal del artículo consiste en analizar algunos aspectos relevantes de los cambios en el papel de los copagos en sistemas de salud con financiación pública y cobertura universal. Primero, se analiza el debate sobre el papel de los copagos complementarios cuando se excluyen de la cobertura pública las tecnologías y/o medicamentos menos coste-efectivos. Segundo, se describe la experiencia internacional de las nuevas formas de copago basados en el valor. Y, tercero, se analizan los cambios y el impacto observado de las diversas reformas aplicadas en los copagos obligatorios (copago estatal, tasas autonómicas y desfinanciación) en el Sistema Nacional de Salud (SNS) español a partir de 2012.

Palabras clave: cobertura aseguradora, atención sanitaria, copago, tasas, desfinanciación, medicamentos.

Abstract

This article aims primarily to analyse some significant features of the change in the role of co-payments in publicly funded health systems with universal coverage. It discusses the debate on the role of supplementary co-payments or top-ups when less cost-effective technologies or drugs are excluded from public coverage. That is followed by a description of international experience with new forms of value-based co-payments. Lastly, it addresses the impact of the various reforms introduced in mandatory co-payments beginning in 2012 (nationwide co-payments, regional fees and removal from the formulary) on the Spanish National Health System (NHS).

Key words: insurance coverage, health care, co-payment, fees, removal from formulary, drugs.

JEL classification: I11, I13, I18.

EL PAPEL DE LOS COPAGOS EN SISTEMAS DE SALUD PÚBLICOS Y UNIVERSALES

Jaume PUIG-JUNOY

Universitat Pompeu Fabra

I. INTRODUCCIÓN

La presencia moderada de copagos en atención sanitaria, especialmente en el caso de los medicamentos, es un hecho controvertido pero constatado en la práctica en la mayoría de sistemas de salud financiados mayoritariamente con impuestos y con cobertura universal (Thomson y Mossialos, 2010; Tambor *et al.*, 2011). Los copagos tradicionales eran obligatorios para el paciente (cantidad fija, porcentaje del precio o coste, deducibles o franquicias). Los nuevos copagos que se han empezado a aplicar en las dos últimas décadas en muchos países europeos, a diferencia de los tradicionales, son evitables y complementarios u opcionales (Drummond y Towse, 2012).

En el mundo de los copagos tradicionales, si la gratuidad favorece el sobreconsumo (riesgo moral), una posible medida es imponer un cierto precio para corresponsabilizar al usuario y que este frene su consumo. Por eso, una de las recomendaciones básicas para un buen sistema de copagos es que estos deben ser más altos cuanto mayor sea la probabilidad de que exista riesgo moral, y más bajos cuanto mayor sea la eficacia o valor terapéutico, pudiendo incluso ser nulos. Para que esta contribución privada no quiebre el objetivo de equidad hay que ser muy cuidadoso en el diseño de los copagos. Y aquí las reglas mínimas son dos: los copagos, en general, deben ser mode-

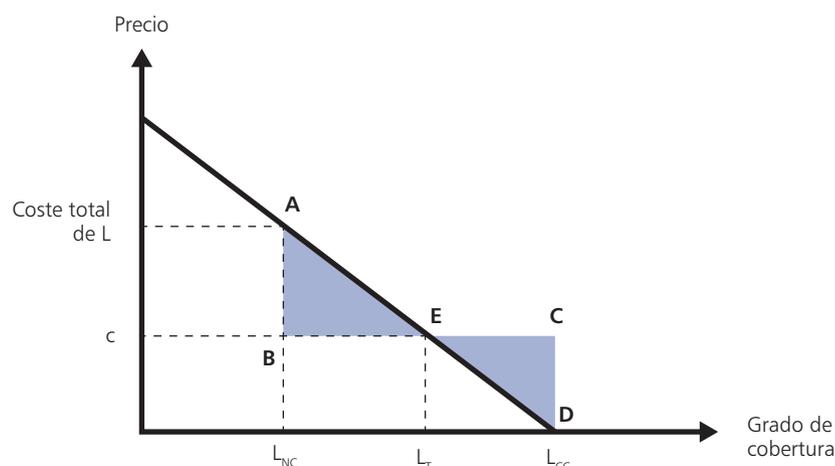
rados, y se deben establecer escalones y límites en función de la renta. Los problemas de eficiencia y de equidad imponen límites severos a este tipo de copagos (Puig-Junoy, 2014).

Las nuevas formas de copago responden a dos hechos de importancia creciente para la sostenibilidad de la sanidad pública con cobertura universal. En primer lugar, las decisiones sobre lo que se debe incluir o no dentro de la cobertura pública se basan cada vez más explícitamente en la disposición a pagar del seguro por mejoras incrementales en la salud y en la calidad de vida (Smith, 2013). Y, en segundo lugar, los precios, y los copagos entre ellos, se establecen de forma creciente según el valor de las nuevas tecnologías y medicamentos a partir de la evidencia científica, y se emplean como instrumento de gestión para incentivar a médicos y pacientes hacia una utilización sanitaria más coste-efectiva y de más valor. A este nuevo entorno corresponden copagos evitables y complementarios que adoptan diversas formas en la experiencia internacional.

II. COPAGOS COMPLEMENTARIOS PARA PRESTACIONES EXCLUIDAS DE LA COBERTURA

En las dos últimas décadas, cada vez son más los países de renta media y alta que disponen

GRÁFICO 1
ELECCIÓN DE TRATAMIENTO SEGÚN COBERTURA ASEGURADORA



Fuente: Traducido y adaptado de Einav et al., 2014.

de agencias de evaluación de tecnologías sanitarias y medicamentos que utilizan la relación coste-efectividad incremental para decidir sobre la inclusión o exclusión de prestaciones de la cobertura aseguradora pública universal con escasos o nulos copagos (Drummond, 2012).

Los umbrales de coste por año de vida ajustado por calidad (AVAC), ya sean explícitos o implícitos, se están utilizando para decidir sobre una cobertura binaria (Chalkidou y Anderson, 2009) en la que no se contempla la posibilidad de pagos adicionales de los pacientes (*top-up payments*).

El resultado de este tipo de decisiones de cobertura binaria que excluye la posibilidad de pago complementario del paciente (cobertura *non top-up*) es que los pacientes que prefieren este tratamiento deben pagar de su bolsillo el coste completo del mismo. En la práctica, cuando el tratamiento farmacológico forma parte de un proceso asistencial más complejo

(por ejemplo, visitas y pruebas hospitalarias, atención de efectos adversos graves —elevada toxicidad de tratamientos oncológicos—, seguimiento y pruebas clínicas, etcétera), la exclusión del mismo puede suponer un coste que va bastante más allá del medicamento, ya que si el paciente prefiere el que ha sido excluido deberá soportar el coste del proceso asistencial completo.

Entre este tipo de cobertura binaria *non top-up* y una cobertura generosa que no excluye ninguna innovación médica o farmacológica con beneficio marginal positivo, sea cual sea el coste incremental por AVAC (cobertura completa), se podría encontrar una cobertura pública basada en la disposición social a pagar (coste máximo por AVAC incremental) completada con pagos privados complementarios basados en la disposición individual a pagar (cobertura *top-up*).

Veamos una ilustración gráfica de los efectos de las decisiones

de financiación pública bajo estos tres tipos de cobertura (gráfico 1) en el caso en el que la demanda de un nuevo tratamiento es decreciente con el precio pagado por el paciente. Para simplificar, supongamos que un sistema de salud público y universal debe decidir sobre la financiación pública del nuevo tratamiento L cuya eficacia incremental respecto del tratamiento convencional, medida en AVAC, es nula o muy pequeña (por ejemplo, una mejora en variables clínicas intermedias que no se traduce en mayor esperanza ni calidad de vida).

Una evaluación económica y un estudio de impacto presupuestario nos permiten conocer el coste total del tratamiento L y el coste incremental del mismo respecto del tratamiento convencional. Sea c este coste incremental. La decisión de cobertura completa de L (L_{CC}) supone un coste nulo para el paciente, en ausencia de copago, y una utilización que corresponde al punto D en el gráfico 1. Si el sistema de salud considera que el coste incremental de L es demasiado elevado y decide su exclusión (cobertura *non top-up*, L_{NC}) ya que solo puede financiar la opción más coste-efectiva, el paciente que prefiera L deberá hacer frente al coste completo del mismo y la utilización será mucho menor (punto A del gráfico 1). Si el coste incremental de L es c , entonces la decisión de inclusión de L con cobertura completa (L_{CC}) conduce a una pérdida de bienestar por exceso de utilización de L (área ECD). En cambio, con la decisión de exclusión (cobertura L_{NC}) se produce una pérdida de bienestar por infrutilización (área ABE). ¿Qué ocurriría con una decisión de cobertura del tipo L_T que permite un copago complementario del paciente igual al coste incremental c (o a una fracción del

mismo)? En este caso, existe la posibilidad de que el nivel de utilización sea el correspondiente al punto E sin incurrir en las pérdidas de bienestar de L_{CC} y de L_{NC} .

Los copagos complementarios ya han provocado un encendido debate político en algunos países con sistema nacional de salud y con muy pocos copagos, como es el caso de Reino Unido. La discusión sobre este tipo de copagos estará presente en los sistemas de salud públicos y universales de manera creciente en la medida en la que se apliquen criterios de cobertura selectiva de medicamentos y de tecnologías médicas basados en la relación coste-efectividad. En realidad, los copagos adicionales no son algo ajeno a estos sistemas de salud: por ejemplo, nadie puede impedir que el paciente que lo valore y se lo pueda permitir pague de su bolsillo sesiones de fisioterapia que le ayuden a recuperarse de una intervención quirúrgica. Ello contrasta con la prohibición de copagos complementarios que supone aplicar una cobertura del tipo *non top-up* en la que estos copagos están prohibidos. En varios países, especialmente en Reino Unido, esta prohibición ha generado un intenso debate a raíz de la exclusión de la cobertura pública de tratamientos oncológicos de muy elevado coste y reducida o nula eficacia.

El informe encargado por el gobierno británico en 2008 al profesor Mike Richards concluía recomendando que se permitiera el pago privado de medicamentos manteniendo el derecho a la atención dentro del sistema público, siempre que la atención se llevara a cabo en instalaciones o servicios separados del resto de pacientes del sistema público (Richards, 2008). En 2009 el Departamento de Salud británico

asumió las recomendaciones del informe Richards (2008), lo cual supone que el paciente que desea hacer un pago privado complementario no pierde el derecho a la atención en el SNS (ya no tiene que elegir entre atención en el SNS o atención privada), pero sigue siendo aún una cobertura del tipo L_{NT} en la medida en que, por ejemplo, debe pagar el coste completo del medicamento excluido.

El debate político sobre este tipo de copagos complementarios es, al igual que el del copago tradicional, un terreno minado y muy controvertido (Weale y Clark, 2010). Los que están a favor ponen el acento en el hecho de que, en mayor o menor medida en cada país, ya existen copagos (por ejemplo, para las gafas o audífonos), por lo que sería inequitativo no permitirlos para problemas de salud más graves; asimismo, igualmente ya existen pagos complementarios privados en forma de terapias no cubiertas por el seguro público o realización de pruebas con pago privado para «agilizar» el diagnóstico en la siguiente visita al médico del sistema público. En cambio, los que se oponen a estos copagos del tipo *top-up* ponen el énfasis en la falta de equidad: dos tratamientos distintos para necesidades clínicas idénticas dentro del sistema público en función de la capacidad económica de los pacientes.

Las exclusiones de la cobertura pública y los copagos complementarios privados pueden dar lugar a una cobertura aseguradora privada paralela al seguro público (Weale y Clark, 2010) para tratamientos muy caros y considerados como no coste-efectivos desde la perspectiva del seguro público. Una elasticidad-precio reducida puede ayudar también a disciplinar a la industria farma-

céutica a la hora de fijar precios demasiado elevados para estas innovaciones (Van de Vooren *et al.*, 2013), si bien el desarrollo de un mercado de seguros privados puede aportar demanda adicional para los tratamientos situados por encima del umbral de la relación coste-efectividad. Esto podría ser visto, siempre que no se convierta en la finalidad de dualizar y reducir el alcance del seguro público, como una forma de concentrar los recursos públicos en aquellos tratamientos más necesarios y coste-efectivos y en aquellos pacientes con menos recursos y que no pueden pagarse un seguro complementario.

III. COBERTURA ASEGURADORA BASADA EN EL VALOR

El diseño de copagos sanitarios no debe tener en cuenta únicamente el conflicto entre el riesgo financiero y la reducción del riesgo moral, el efecto barrera de acceso sobre los pobres o el impacto recaudatorio. Los copagos también se pueden diseñar de forma que influyan en el comportamiento de pacientes y médicos en la dirección adecuada desde el punto de vista de la salud. Es necesario tener en cuenta no solo la elasticidad-precio del servicio sanitario sobre el que se impone el copago sino también las elasticidades-precio cruzadas con otros servicios: el efecto compensación en forma de mayor gasto sanitario futuro (por ejemplo, por sustitución de medicamentos por visitas a urgencias e ingresos hospitalarios) puede llegar a tener un impacto negativo sobre el bienestar cuando se imponen copagos demasiado elevados, como se ha observado para pacientes con enfermedades crónicas (Gaynor *et al.*, 2007; Chandra *et al.*, 2010 y

2014;). Así, se podría incentivar a las personas con enfermedades crónicas mediante copagos reducidos, o incluso negativos (1), a cumplir con tratamientos efectivos y a adoptar estilos de vida más saludables que reduzcan el gasto sanitario futuro (posible ahorro) y mejoren su salud.

La evidencia empírica indica que ante copagos obligatorios y lineales en muchos casos los pacientes reducen tanto la atención

más necesaria como la menos necesaria (Chernew y Newhouse, 2008; Pauly, 2004, 2011 y 2012). Esto aconsejaría reducir o eximir de copago la atención de más valor sanitario. El análisis económico convencional y la economía del comportamiento conducen a una conclusión similar (Congdon *et al.*, 2011; Loewenstein *et al.*, 2012; Kunreuther y Pauly, 2014). Cuando los pacientes disponen de información imperfecta sobre el beneficio sanitario de los trata-

mientos, el interés se traslada de la elasticidad-precio de la demanda a la relación coste-efectividad de los tratamientos en la línea de las políticas de cobertura basada en el valor (Pauly y Blavin, 2008; Pauly, 2011 y 2012; Schokkaert y Van de Voorde, 2011). En cambio, si la información del paciente sobre el beneficio sanitario es perfecta, lo único importante es la elasticidad-precio; si la información es tan imperfecta que incluso con cobertura completa la

CUADRO N.º 1

**RESUMEN DE POLÍTICAS DE COPAGO BASADO EN EL VALOR EN ESTADOS UNIDOS
Y UNA SELECCIÓN DE PAÍSES EUROPEOS OCCIDENTALES (2012)**

Área	Base para definir «valor»	País
USO DE PROVEEDORES PREFERENTES		
Pauta de utilización	Copago menor en el uso de proveedores preferentes (basado en un criterio de calidad o coste)	Holanda (algunos compradores), Suiza (planes de salud, normalmente solo con criterios basados en el coste), Estados Unidos (algunos compradores)
MEDICAMENTOS DE DISPENSACIÓN AMBULATORIA		
Evaluación económica	Sin copago o con un copago bajo para medicamentos que demuestran ser coste-efectivos, copago mayor para medicamentos con un coste-efectividad menor	Estados Unidos (algunos compradores)
Valor terapéutico	Sin copago o con un copago bajo para medicamentos con elevada eficacia, copago mayor para medicamentos con una efectividad menor	Francia
Indicación clínica (medicamento)	Copago diferenciado según severidad de la enfermedad que trata el medicamento o según impacto sobre la salud pública	Bélgica, Finlandia, Francia, Grecia, Islandia, Irlanda, Italia, Noruega, Portugal, España, Reino Unido, Estados Unidos (algunos compradores)
Indicación clínica (usuario)	El grado de copago depende de las condiciones clínicas del paciente que determinan el coste-efectividad del medicamento	Finlandia, Estados Unidos (algunos compradores)
Precio en relación con sustitutos idénticos	A igual calidad, los medicamentos de bajo coste (genéricos) se reembolsan a una tasa mayor que los más caros con el mismo principio activo	Precios de referencia (nivel 5 ATC): Bélgica, Dinamarca, Finlandia, Francia, Alemania, Grecia, Islandia, Italia, Holanda, Portugal, España, Estados Unidos (algunos compradores). Copago menor para medicamentos genéricos: Suiza, Estados Unidos (la mayoría de los compradores)
PROGRAMAS PREVENTIVOS		
Participación	Esquemas de bonificación de los programas de prevención primaria y secundaria (bienestar) como programas para dejar de fumar o incentivar al ejercicio físico regular	Bélgica, Holanda, Alemania, Reino Unido (proyectos piloto), Estados Unidos (algunos compradores)
Estándares clínicos medibles	Incentivos financieros positivos para pacientes que consiguen un determinado estándar o resultado clínico	Estados Unidos (algunos compradores)

Fuente: Thomson *et al.*, 2013.

demanda es inferior a la eficiente, entonces la elasticidad es irrelevante. El objetivo del copago óptimo sería el de conseguir que en el uso de los servicios se elimine la sobreutilización (cuando el beneficio es inferior al coste) y que no existan necesidades no cubiertas (cuando el beneficio es superior al coste) (Pauly, 2004).

Una cobertura de seguro basada en el valor se fundamenta en que el seguro cubre de forma generosa, hasta alcanzar la gratuidad, aquellos servicios que tienen un mayor potencial de mejora de la salud de los pacientes según la evidencia científica

y que consiguen estas mejoras en salud con un coste modesto (Fendrick *et al.*, 2013).

Aunque la aplicación práctica de copagos basados en el valor no es tarea sencilla, existen en Estados Unidos y Europa numerosos ejemplos de utilización de coberturas basadas en el valor (Thomson *et al.*, 2013). En el cuadro n.º 1 se presenta un resumen de políticas de copagos basado en el valor aplicado en estos países. Las áreas principales de aplicación de estas medidas se encuentran en los incentivos a la elección de proveedores preferentes, en incentivos positivos a

la participación en programas preventivos (cuadro n.º 2) y en incentivos en la elección de medicamentos de dispensación en farmacias (cuadro n.º 3). En este último caso, los incentivos pueden estar relacionados con la relación coste-efectividad (Estados Unidos), o solo con el valor terapéutico (Francia) o la indicación clínica o el precio de medicamentos considerados equivalentes.

Los sistemas de precios de referencia con equivalencia terapéutica los podemos considerar como una forma bastante imperfecta de acercarse a un seguro basado en el valor. La diferencia

CUADRO N.º 2

INCENTIVOS FINANCIEROS PARA FOMENTAR LA ADOPCIÓN DE CUIDADOS PREVENTIVOS O CAMBIOS DE COMPORTAMIENTO EN UNA SELECCIÓN DE PAÍSES EUROPEOS OCCIDENTALES (2012)

Tipo de incentivo	Ejemplos
PARTICIPACIÓN	
Inmunización	Alemania: efectivo u otras recompensas
Cribados	Alemania (ejemplo, Papanicolau anual): efectivo u otras recompensas Reino Unido (ejemplo, diagnóstico de clamidia): algunos compradores locales recompensan con vales para libros, iPods, etc.
Revisiones dentales	Alemania: adherencia anual a las revisiones durante un periodo de 5 años rebaja la tasa de copago del 50 al 30%; si es durante 10 años el copago baja hasta el 20%
Orientación e inicio de tratamiento en cáncer de intestino, cervix o mama	Alemania: el tope del pago directo se reduce del 2% de los ingresos familiares al 1%
Consultas preventivas	Bélgica: las reformas proponen ofrecer una consulta gratuita sobre prevención cada 3 años a los pacientes que se inscriban en el registro médico global (GMD) (también aplicable a hogares de renta baja)
Programas de prevención	Holanda: desde 2009 las aseguradoras pueden suprimir la franquicia inicial o deducible si los asegurados entran en programas de prevención de diabetes, depresión, enfermedades cardiovasculares, EPOC, sobrepeso; aunque hasta el momento solo aplica a los programas para dejar de fumar
Sesiones de ejercicio físico	Alemania: efectivo u otras recompensas
BASADO EN OBJETIVOS	
Conseguir objetivos específicos en índices de presión sanguínea, azúcar en sangre, colesterol y masa corporal en un año	Alemania: efectivo
Completar un programa para dejar de fumar	Holanda: desde 2009 las aseguradoras suprimen la franquicia inicial o deducible Reino Unido: algunas autoridades de salud dan vales para comprar comestibles a los participantes que pasen un test respiratorio de monóxido de carbono

Fuente: Thomson *et al.*, 2013.

CUADRO N.º 3

COPAGO EN MEDICAMENTOS DE PRESCRIPCIÓN AMBULATORIA BASADO EN EL VALOR TERAPÉUTICO Y LA INDICACIÓN CLÍNICA, EN ESTADOS UNIDOS Y UNA SELECCIÓN DE PAÍSES EUROPEOS OCCIDENTALES (2012)

País	Niveles y criterios para copagos en varias partes
Bélgica	0%: Medicamentos vitales (como diabetes, cáncer, retrovirales) 25%: (15%), con un máximo de 10,80/7,20 euros y 16,10/10,80 euros cuando existen genéricos/copias: medicamentos importantes indicados para enfermedades que no ponen en riesgo la vida del paciente (como antibióticos, antiasmáticos, antihipertensivos) 50%: con un máximo de 13,50/8,90 euros y 24,20/16,10 euros cuando existen genéricos/copias: medicamentos menos importantes a nivel terapéutico para tratamientos sistemáticos (como antieméticos, espasmolíticos) 60%: sin máximo: medicamentos para enfermedades crónicas específicas (como enfermedades coronarias, antihistamínicos, vacunas. 80%: sin máximo: anticonceptivos y antiespasmódicos
Finlandia	0%: medicamentos para 34 enfermedades crónicas severas o enfermedades que ponen en riesgo la vida del paciente en las que la medicación es vital y efectiva (como diabetes, glaucoma, cáncer de mama, epilepsia) 28%: medicamentos para 10 enfermedades crónicas en las que la medicación es necesaria para mantener la salud (como hipertensión, asma, enfermedad coronaria, artritis reumatoide) 58%: tasa estándar de copago para medicamentos reembolsables
Francia	0%: medicamentos de prescripción ambulatoria que se consideren irremplazables y particularmente costosos (valor terapéutico clasificado como «importante o considerable»); medicamentos para pacientes con 30 enfermedades crónicas (solo la medicación de estas enfermedades) 35%: medicamentos para enfermedades graves (valor terapéutico clasificado como «importante o considerable») 65%: medicamentos para enfermedades benignas (valor terapéutico clasificado como «importante o considerable», «moderado» o «bajo pero de reembolso justificable») 85%: medicamentos con valor terapéutico «insuficiente»
Grecia	10%: medicamentos para enfermedades incluidas en una lista (incluyendo tuberculosis y asma) 25%: resto de medicamentos
Islandia	0%: medicamentos para enfermedades que ponen en riesgo la vida (clase A) 65% o más: medicamentos para el asma, la hipertensión, la depresión (clase B) 80% o más: medicamentos para la artritis, menopausia, etc. (clase E) 100%: antibióticos, analgésicos, etc. (clase O)
Irlanda	0%: medicamentos para 15 enfermedades crónicas (solo la medicación de estas enfermedades)
Italia	0%: medicamentos esenciales, medicamentos para enfermedades crónicas (existe variación según regiones) 100%: resto de medicamentos
Noruega	0%: medicamentos para enfermedades contagiosas graves (como tuberculosis, sífilis, VIH/sida) y vacunas para enfermedades contagiosas 64%: en general solo para medicación de toma prolongada en enfermedades crónicas, definida como superior a 3 meses por año
Portugal	0%: medicamentos para diabetes, epilepsia, párkinson, cáncer, hormona del crecimiento y antidiuréticos, hemodiálisis, fibrosis quística, glaucoma, hemofilia, tuberculosis, lepra, VIH/sida 10%: medicamentos para enfermedades que ponen en riesgo la vida (categoría A) 31%: medicamentos esenciales para enfermedades listadas, como malaria e hipertensión (categoría B) 63%: todos los demás medicamentos con valor terapéutico probado (categoría C) 85%: nuevos medicamentos (categoría D) 100%: resto de medicamentos
España	10%: medicamentos para enfermedades crónicas listadas 40/50/60% para los demás medicamentos
Reino Unido (Inglaterra)	0%: todos los medicamentos de pacientes con 8 enfermedades crónicas (incluyendo diabetes), cáncer y discapacidades permanentes
Estados Unidos	Algunos compradores están experimentando con enfoques basados en el paciente para aplicar reembolsos diferenciados de medicamentos

Fuente: Thomson et al., 2013.

con un copago basado realmente en el valor estriba en el hecho de que el precio de referencia (aquí, precio basado en el valor) no se puede establecer de forma arbitraria en función del precio más bajo o el precio medio del mismo grupo de equivalencia sino en función del valor incremental del beneficio sanitario de cada producto frente a la disposición social a pagar por el mismo (Drummond y Towse, 2012).

A medida que en diversos países se avanza en la fijación de precios de nuevos medicamentos basada en el valor (umbrales de coste por AVAC), un posible nuevo rol para los copagos se encuentra en el copago complementario para los medicamentos con un precio superior al precio basado en el valor (Drummond y Towse, 2012), abriendo así espacio a las preferencias individuales heterogéneas cuando estas difieren de las valoradas en la disposición social a pagar (2). Un precio de referencia basado en un umbral de coste por AVAC que represente la disposición social a pagar supone un copago opcional o evitable para el paciente que debe pagar el sobrecoste de los tratamientos menos coste-efectivos. En este sentido, los copagos complementarios para tecnologías médicas y medicamentos incluidos en la cobertura pública, descritos en la sección anterior, no son más que un caso especial de copagos evitables basados en un precio de referencia establecido a partir del valor de la eficacia incremental (Garattini y Van de Vooren, 2013).

IV. PAGANDO POR LO QUE ANTES ERA GRATIS: REFORMA DEL COPAGO FARMACÉUTICO EN ESPAÑA

El Sistema Nacional de Salud español (SNS) ha dispuesto hasta

mediados de 2012, con la entrada en vigor del Real Decreto 16/2012 (3), de una cobertura farmacéutica gratuita para pensionistas y sus dependientes, mientras los activos —salvo excepciones, como los funcionarios— debían pagar un 40 por 100 del precio de venta al público de las prescripciones farmacéuticas extrahospitalarias. En el caso de medicamentos indicados principalmente para enfermedades crónicas, se aplicaba un porcentaje de copago del 10 por 100, con un tope por prescripción. Por otra parte, no existían topes o techos en la cantidad máxima de aportación que debían realizar los individuos.

Los porcentajes nominales de coaseguramiento (40 y 10 por 100) permanecieron inalterados en las dos últimas décadas pese a que el copago efectivo medio había quedado en menos de la mitad desde los años ochenta (pasando del 15 por 100 en 1980 al 7 por 100 en 2009). La reducción de la participación efectiva en el copago vendría explicada por el progresivo envejecimiento de la población, el elevado número de medicinas con un copago del 10 por 100 y el consumo excesivo asociado al potencial riesgo moral (Puig-Junoy *et al.*, 2011).

En junio de 2012 se produce una reforma bastante profunda del sistema de copago sobre los medicamentos dispensados en las oficinas de farmacia, con tres tipos de políticas («tripago») que entran en vigor casi de manera concurrente entre finales de junio y comienzos de octubre de 2012 (Urbanos y Puig-Junoy, 2014). Se trata de: 1) la introducción temporal de un copago de 1 euro por receta con un máximo anual en Cataluña y Madrid, adoptando la forma de una tasa autonó-

mica, hasta su suspensión por el Tribunal Constitucional (BOE, 2014a y 2014b); 2) la reforma del copago estatal, que pone fin a la gratuidad extensiva a todos los pensionistas, haciéndoles pagar un 10 por 100 del precio de los medicamentos con un límite máximo mensual, y que al mismo tiempo aumenta el porcentaje del precio a cargo de los activos hasta el 50 y el 60 por 100, dependiendo de su nivel de renta, y 3) la desfinanciación de un conjunto amplio de más de 400 medicamentos que suponen la mayor parte de determinados grupos terapéuticos, la mayoría indicados para síntomas menores.

En el cuadro n.º 4 se muestra la secuencia temporal de la aplicación en España y en algunas comunidades autónomas de estas tres medidas.

Lo positivo de la reforma —básicamente poner de relieve que universal no equivale a gratuito, en un contexto en el que España registraba uno de los consumos de medicamentos por persona más altos del mundo— se ha visto ensombrecido por ciertos aspectos mejorables. El primero es el trato diferencial, a igual renta y necesidad, de los activos con enfermedades importantes, ya que el porcentaje de copago es muy elevado y no se aplica ningún límite máximo. El segundo es que el copago de los activos, a pesar de pretenderlo, no es en función de la renta: lo es el porcentaje por envase, pero no lo que acaba pagando por sus medicinas quien más las necesita, ya que sabemos que el 50 por 100 del copago se acumula en el 5 por 100 de activos más enfermos (Puig-Junoy *et al.*, 2007). Y, en tercer lugar, la incapacidad de gestionar el límite máximo de los pensionistas en el momento de la dispensación no solo resulta bo-

CUADRO N.º 4

COPAGO EN ESPAÑA A NIVEL NACIONAL Y AUTONÓMICO: COMPARACIÓN DE REGULACIONES ANTES Y DESPUÉS DE LA REFORMA DE 2012

Medida de copago	Descripción	Implementación autonómica
Cambios en los porcentajes de copago en medicamentos a nivel nacional a partir del 1 de julio de 2012 (RD-L 16/2012)	<p><i>Antes de julio de 2012:</i> Pensionistas: exentos de todo copago No-pensionistas: copago del 40% del PVP (10% para medicamentos para el tratamiento de enfermedades crónicas)</p> <p><i>Después de julio de 2012:</i> Población exenta: desempleados sin subsidio y beneficiarios con pensiones muy bajas Pensionistas: 10% copago del PVP con un tope mensual en función de la renta anual (8 o 18 euros); 60% copago para pensionistas con una renta anual igual o superior a 100.000 euros y con un tope mensual de 60 euros No-pensionistas: 40, 50 o 60% copago del PVP en función de la renta anual (sin tope mensual); 10% copago del PVP en medicamentos para el tratamiento de enfermedades crónicas (con un máximo de 4,13 euros por receta) Regímenes especiales: 30% copago del PVP (sin distinción entre pensionistas/no-pensionistas) para mutualistas y clases pasivas de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, del Instituto Social de las Fuerzas Armadas y la Mutualidad General Judicial; 10% copago del PVP en el caso de medicamentos para el tratamiento de enfermedades crónicas</p>	<p>En todas las CC.AA. a partir del 1 de julio de 2012</p> <p>Excepciones: País Vasco: inicio de la aplicación un año después Cataluña: aplicado a no-pensionistas desde el 1 de agosto de 2012 y a pensionistas desde el de octubre de 2012</p> <p>Durante los primeros meses de vigencia algunas CC.AA. no pudieron implementar a tiempo real los topes de copago a los pensionistas. Estos debieron desembolsar el copago completo, aunque hubieran alcanzado el tope correspondiente, y reclamar el reembolso con posterioridad</p> <p>Excepciones: En algunas CC.AA. (por ejemplo, Cataluña y Andalucía) los topes del copago se implementaron a tiempo real y sin necesidad de reembolsos</p>
Desfinanciación de medicamentos a partir del 1 de septiembre de 2012 (RD-L 16/2012)	417 medicamentos indicados para el tratamiento de síntomas leves fueron excluidos de la lista de cobertura pública	En todas las CC.AA. desde el 1 de septiembre de 2012, sin excepciones
Nuevo copago de 1 euro por receta en dos CC.AA.	Todos los pacientes pagan 1 euro por receta con un máximo de 61 euros al año, con independencia de la renta Población exenta: beneficiarios de pensiones muy bajas	Cataluña: del 23 de junio de 2012 al 15 de enero de 2013 Madrid: del 1 de enero de 2013 al 29 de enero de 2013

Nota: PVP = Precio de venta al público.

Fuente: Traducido y adaptado de Puig-Junoy et al., 2014.

chornosamente costosa, sino que inhabilita precisamente la función reductora del riesgo financiero de ese límite. Ahora bien, estas reformas han producido por primera vez en más de tres décadas una reducción espectacular del número de recetas dispensadas en las oficinas de farmacia.

En un estudio de la serie temporal de recetas y gasto para todo el Estado español desde enero de 2003 hasta agosto de 2013 (Antoñanzas et al., 2014) se observa que el número de re-

cetas después de la reforma del copago es un 12,8 por 100 inferior al esperado sin intervención.

En el estudio de Puig-Junoy et al. (2014), se estiman 17 modelos de series temporales ARIMA univariantes, separados para cada comunidad autónoma, para el periodo comprendido entre enero de 2003 y julio de 2013. Se utiliza una predicción dinámica de estos modelos para estimar el contrafactual (número predicho de recetas en ausencia de las medidas de intervención) de cada comunidad autónoma. La varia-

ble de resultado es el impacto conjunto de las medidas adoptadas en cada comunidad calculado como la diferencia, expresada en porcentaje, entre el valor acumulado realmente observado de recetas a 3, 6, 12 y 14 meses, y el valor predicho por los respectivos modelos (contrafactuales). Los resultados de este estudio ponen de relieve que después de un aumento rápido y continuo en el número de recetas dispensadas en España durante la última década, el número total de recetas se ha reducido drásticamente en más de un 20 por 100 después

de 14 meses de «tripago» en Cataluña, Valencia y Galicia; en más de un 15 por 100 en nueve regiones y en más del 10 por 100 en quince de las diecisiete comunidades autónomas (gráfico 2).

Otra contribución de este estudio ha sido la de proporcionar evidencia de la alta sensibilidad de la demanda de prescripción de medicamentos al precio, y sobre el hecho de que un pequeño copago lineal (1 euro por receta) tiene un gran impacto en el uso del medicamento. Los resultados de la explotación de las diferencias regionales en las políticas de copago también son consistentes con la hipótesis de que el primer euro de costo compartido tiene una gran repercusión en el consumo de fármacos (Ellis, 2012).

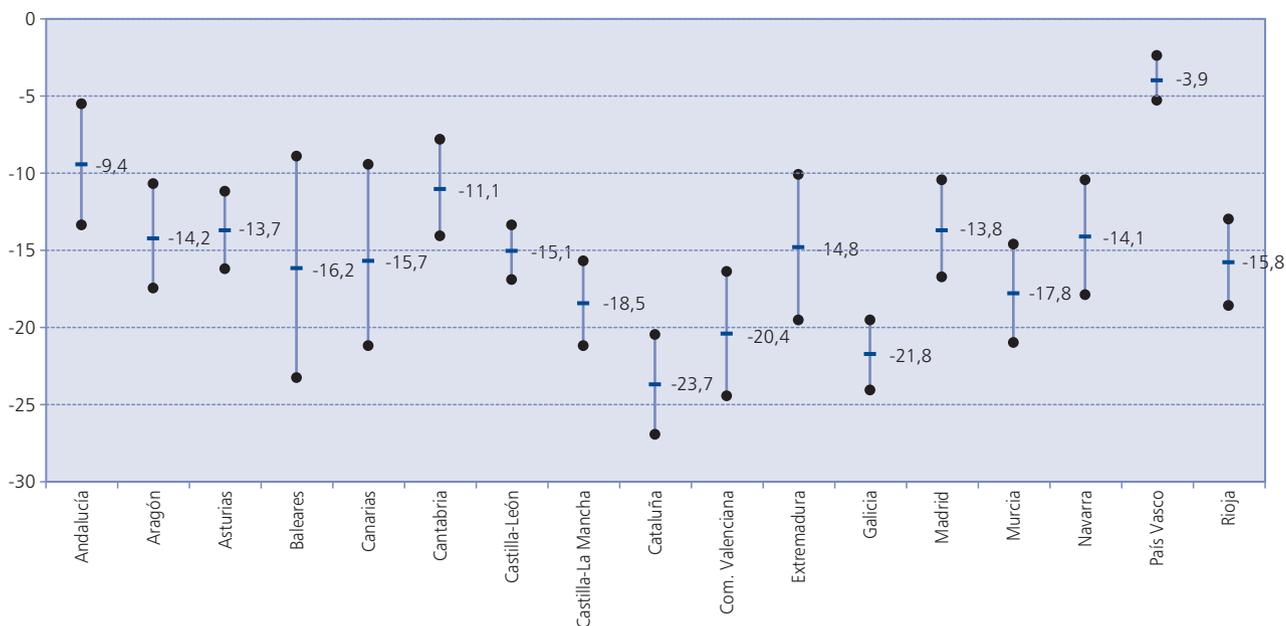
En Puig-Junoy *et al.* (2014) se detectaba una notable variabilidad interregional en el efecto del Real Decreto Ley 16/2012 sobre el número de recetas, porque su aplicación no ha sido uniforme (el País Vasco no aplicó el cambio de copago) y porque algunas comunidades autónomas establecieron copagos propios de 1 euro por receta (anulados por el Tribunal Constitucional posteriormente). Sin embargo, al final de la serie temporal se percibía cierto «agotamiento» del efecto del Real Decreto Ley, no concluyente en términos estadísticos en aquel momento.

Posteriormente los mismos autores (Rodríguez-Feijóo *et al.*, 2014) han analizado una serie temporal más larga del número

de recetas, hasta febrero 2014, mediante modelos ARIMA con regresiones segmentadas para cada una de las comunidades autónomas y para el total de España. Un resultado destacable de este trabajo es la limitación temporal del efecto del aumento de los copagos, que han reducido drásticamente pero puntualmente las recetas del SNS, sin variar la tendencia subyacente positiva anterior. Aunque el número total de recetas todavía es menor del que hubiera habido sin copago, en algunas comunidades y en el conjunto de España el efecto sobre las recetas desaparecerá por completo en unos años según las predicciones del modelo (seis para España). Los copagos impuestos a mediados de 2012 han conseguido reducir drásticamente pero puntualmente las recetas del SNS,

GRÁFICO 2

IMPACTO ESTIMADO DE LOS CAMBIOS EN EL COPAGO ADOPTADOS EN JULIO DE 2012 DURANTE LOS PRIMEROS 14 MESES DE APLICACIÓN (JUNIO 2012/JULIO 2013)
(Porcentaje acumulado de reducción en el número de recetas)



Nota: Las líneas verticales indican el intervalo de confianza al 95%.
 Fuente: Elaboración propia a partir de Puig-Junoy *et al.*, 2014.

que al no variar la tendencia subyacente positiva anterior, tienden a recuperar los niveles del pasado.

Vista la elevada sensibilidad al precio de las recetas, es urgente conocer cuáles han sido los grupos de pacientes y de medicamentos más afectados por esta drástica reducción, a fin de evaluar la potencial disminución del consumo excesivo atribuible a la gratuidad y su impacto sobre la adherencia a los tratamientos, el acceso a tratamientos necesarios y efectivos y, en definitiva, sobre la salud (Urbanos y Puig-Junoy, 2014). En todo caso, no deja de sorprender el escaso conocimiento y desinterés de las autoridades sanitarias acerca del impacto de una medida de gran calado social (4) (en la línea castiza de «¿para qué perder el tiempo evaluando?»), ya que sabemos poco o nada sobre los mecanismos de decisión de paciente y médico a la hora de reducir las recetas dispensadas, y sobre sus efectos en el consumo necesario/inecesario, en la adherencia a los tratamientos, en el uso de otros servicios asistenciales o en la salud.

V. CONCLUSIONES

Una agenda de reforma ordenada no puede huir de definir mejor el papel de las aportaciones de los usuarios. Si no se desea que el copago se convierta en un impuesto sobre la enfermedad, debe tener un papel recaudatorio limitado. Siempre es preferible un copago evitable y basado en criterios de efectividad a un copago lineal y obligatorio (Smith, 2013; Puig-Junoy, 2013). Los copagos evitables, generalmente asociados a sistemas de precios de referencia de equivalencia química, farmacológica o terapéutica, se basan en hacer

pagar al paciente únicamente la diferencia entre el precio de venta de un medicamento y el de otro considerado equivalente o similar que es más barato (precio de referencia). De esta forma el paciente puede evitar el copago eligiendo el medicamento con el precio de referencia. Si el copago es obligatorio, lo óptimo es que sea de importe reducido para todos, que se acumule la cifra total que paga un paciente con un límite máximo de aportación (Suecia) o un porcentaje de la renta (Alemania), y excluyendo a enfermos crónicos y personas sin capacidad económica (o reduciendo mucho su importe en estos casos). El coste de no tomarse medicinas efectivas, por ejemplo, tras un infarto, es demasiado elevado como para disuadir aún más a los pacientes imponiendo elevados copagos.

NOTAS

(1) Existe evidencia del impacto positivo sobre la adherencia al tratamiento de incentivos financieros moderados (copago negativo) en tratamientos preventivos, como en el caso de la vacunación contra la hepatitis C en pacientes bajo tratamiento de deshabituación de la heroína (WEAVER *et al.*, 2014). En las enfermedades crónicas se ha observado que la gratuidad (copago nulo) es útil para mejorar la adherencia a tratamientos efectivos y necesarios, pero que incluso en este caso las tasas de adherencia siguen siendo bajas (CHOUDHRY *et al.*, 2011 y 2014).

(2) Si la mayoría de los asegurados estuvieran dispuestos a desembolsar elevados copagos complementarios, entonces esto sería señal de que el umbral de disposición a pagar del asegurador es demasiado bajo en relación a las preferencias sociales (DRUMMOND y TOWSE, 2012).

(3) Real Decreto Ley de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones (Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril).

(4) Al respecto resultan ilustrativas las declaraciones de Rubén Moreno, doctor en Medicina y portavoz de Sanidad del Partido Popular en el Congreso de los Diputados, en contra de realizar una evaluación de la reforma del copago, ya que en su opinión ello «sería cuestionar la labor del facultativo» (www.gacetamedica.com).

BIBLIOGRAFÍA

- ANTOÑANZAS, F.; RODRÍGUEZ-IBEAS, R.; JUÁREZ-CASTELLÓ, C.A., *et al.* (2014), «Impacto del Real Decreto-ley 16/2012 sobre el copago farmacéutico», *Revista Española de Salud Pública*, 88: 233-249.
- BOE núm. 135, de 4 de junio de 2014. Sentencia Tribunal Constitucional 71/2014, de 6 de mayo.
- BOE núm. 153, de 24 de junio de 2014. Sentencia Tribunal Constitucional 85/2014, de 29 de mayo.
- CHALKIDOU, K., y ANDERSON, G. (2009), «Comparative Effectiveness Research: International Experiences and Implications for the United States». *Academy Health*. Disponible en: [http://www.academyhealth.org/files/publications/CER_International_Experience_09%20\(3\).pdf](http://www.academyhealth.org/files/publications/CER_International_Experience_09%20(3).pdf).
- CHANDRA, A.; GRUBER, J., y MCKNIGHT, R. (2010), «Patient cost-sharing and hospitalization offsets in the elderly», *American Economic Review*, 100(1): 193-213.
- (2014), «The impact of patient cost-sharing on low-income populations: Evidence from Massachusetts», *Journal of Health Economics*, 33: 57-66.
- CHERNEW, M.E., y NEWHOUSE, P. (2008), «What does the RAND Health Insurance Experiment tell us about the impact of patient cost sharing on health outcomes?», *American Journal of Managed Care*, 14(7): 412-414.
- CHOUDHRY, N.K.; AVORN, J.; GLYNN, R.J., *et al.* (2011), «Full coverage for preventive medications after myocardial infarction», *New England Journal of Medicine*, 365: 2088-2097.
- CHOUDHRY, N.K.; BYKOV, K.; SHRANK, W.H., *et al.* (2014), «Eliminating medication copayments reduces disparities in cardiovascular care», *Health Affairs*, 33(5): 863-870.
- CONGDON, W.J.; KLING, J.R., y MULLAINATHAN, S. (2011), *Policy and Choice. Public finance through the lens of behavioral economics*, Brookings Institution Press, Washington.
- DRUMMOND, M. (2012), «Twenty years of using economic evaluations for reimbursement decisions. What have we achieved?». *Center for Health Economics Research Paper n.º 75*, Universidad de York.
- DRUMMOND, M., y TOWSE, A. (2012), «Is it time to reconsider the role of patient copayments for pharmaceuticals in Europe?», *European Journal of Health Economics*, 13(1): 1-5.
- EINAV, L.; FINKELSTEIN, A., y WILLIAMS, H. (2014), «Paying on the margin for medical care: Evidence from breast cancer treatments». *NBER Working Paper n.º 20.226*, Cambridge.

<p>ELLIS, R.P. (2012), «Five questions for health economists», <i>International Journal of Health Care Finance and Economics</i>, 12: 217-233.</p> <p>FENDRICK, A.M.; BUXBAUM, J., y WESTRICH, K. (2013), «Supporting consumer access to specialty medications through value-based insurance design». Center for Value-Based Insurance Design, Universidad de Michigan. Disponible en: http://www.sph.umich.edu/vbidcenter/publications/pdfs/2014-vbid-specialty-medications-npc-final-web.pdf.</p> <p>GARATTINI, L., y VAN DE VOOREN, K. (2013), «Could co-payments on drugs help to make EU health care systems less open to political influence?», <i>European Journal of Health Economics</i>, 14(5): 709-713.</p> <p>GAYNOR, M.; LI, J., y VOGT, W.B. (2007), «Substitution, spending offsets, and prescription drug benefit design», <i>Forum for Health Economics & Policy</i>, 10(2): art. 4.</p> <p>KUNREUTHER, H., y PAULY, M.V. (2014), «Behavioral economics and insurance: principles and solutions». Working Paper n.º 2014-01, The Wharton School, Universidad de Pennsylvania.</p> <p>LOEWENSTEIN, G.; ASCH, D.A.; FRIEDMAN, J.Y., et al. (2012), «Can behavioural economics make us healthier?», <i>British Medical Journal</i>, 344: e3482.</p> <p>PAULY, M.V. (2004), «Medicare drug coverage and moral hazard», <i>Health Affairs</i>, 23(1): 113-122.</p> <p>— (2011), «Insurance and the demand for medical care», en S. GLIED y P. SMITH, <i>The Oxford Handbook of Health Economics</i>, Oxford University Press, Oxford, pp. 354-379.</p> <p>— (2012), «Insurance and drug spending», en P. DANZON y S. NICHOLSON, <i>The Oxford Handbook of The Economics of the Biopharmaceutical Industry</i>, Oxford University Press, Oxford, pp. 336-393.</p> <p>PAULY, M.V., y BLAVIN, F. (2008), «Moral hazard in insurance, value-based cost sharing,</p>	<p>and the benefits of blissful ignorance», <i>Journal of Health Economics</i>, 24(27): 1407-1417.</p> <p>PUIG-JUNOY, J. (2013), <i>Paying for free healthcare. The role of prices in our healthcare decisions</i>, Libros del Lince, Barcelona.</p> <p>PUIG-JUNOY, J.; CASADO, D., y GARCÍA, G. (2007), «L'impacte distributiu del finançament dels medicaments a Catalunya». Servei Català de la Salut, Barcelona. Disponible en: http://www10.gencat.cat/catsalut/archivos/farmacacia/CAEIP/impacte_distributiu_finan_med.pdf.</p> <p>PUIG-JUNOY, J.; GARCÍA-GÓMEZ, P., y CASADO-MARÍN, D. (2011), «Free medicines thanks to Retirement: moral Hazard and Hospitalization Offsets in an NHS». Tinbergen Institute Discussion Paper n.º 108/3. Amsterdam.</p> <p>PUIG-JUNOY, J.; RODRÍGUEZ-FEIJÓO, S., y GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL, B. (2014), «Paying for Formerly Free Medicines in Spain after 1 Year of Co-Payment: Changes in the Number of Dispensed Prescriptions», <i>Applied Health Economics and Health Policy</i>, 12(3): 279-287.</p> <p>RICHARDS, M. (2008), «Improving access to medicines for NHS patients: A report to the Secretary of State for Health». Disponible en: http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyandguidance/DH_089927.</p> <p>RODRÍGUEZ-FEIJÓO, S.; PUIG-JUNOY, J., y LÓPEZ-VALCÁRCEL, B. (2014), «¿Qué políticas de control del gasto público en medicamentos son más efectivas? Análisis de una década de experiencias en España». Mimeo, julio de 2014.</p> <p>SCHOKKAERT, E., y VAN DE VOORDE, C. (2011), «User charges», en S. GLIED y P. SMITH, <i>The Oxford Handbook of Health Economics</i>, Oxford University Press, Oxford, pp. 327-353.</p>	<p>SMITH, P.C. (2005), «User charges and priority setting in health care: balancing equity and efficiency», <i>Journal of Health Economics</i>, 24: 1018-1029.</p> <p>— (2013), «Universal health coverage and user charges», <i>Health Economics, Policy and Law</i>, 8: 529-535.</p> <p>TAMBOR, M.; PAVLOVA, M.; WOCH, P., et al. (2011), «Diversity and dynamics of patient cost-sharing for physicians' and hospital services in the 27 European Union countries», <i>European Journal of Public Health</i>, 21: 585-590.</p> <p>THOMSON, S., y MOSSIALOS, E. (2010), «Primary care and prescription drugs: coverage, cost-sharing, and financial protection in six European countries». Commonwealth Fund Pub. 1384, vol. 82. Disponible en: http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Issue%20Brief/2010/Mar/1384_Thomson_primary_care_prescription_drugs_intl_ib_325.pdf.</p> <p>THOMSON, S.; SCHANG, L., y CHERNEW, M.E. (2013), «Value-based cost sharing in the United States and elsewhere can increase patients' use of high-value goods and services», <i>Health Aff (Millwood)</i>, 32(4): 704-712.</p> <p>URBANOS, R., y PUIG-JUNOY, J. (2014), «Políticas de austeridad y cambios en las pautas de uso de los servicios sanitarios», <i>Gaceta Sanitaria</i>, 28(1): 81-88.</p> <p>VAN DE VOOREN, K.; CURTO, A., y GARATTINI, L. (2013), «Optional co-payments on anti-cancer drugs», <i>British Medical Journal</i>, 346: 349.</p> <p>WEALE, A., y CLARK, S. (2010), «Co-payments in the NHS: an analysis of the normative arguments», <i>Health Economics, Policy & Law</i>, 5(2): 225-246.</p> <p>WEAVER, T.; METREBIAN, N.; HELLIER, J., et al. (2014), «Use of contingency management incentives to improve completion of hepatitis B vaccination in people undergoing treatment for heroin dependence: a cluster randomised trial», <i>The Lancet</i>, 384: 153-163.</p>
---	---	--

COLABORACIONES

V.
CUIDADOS CENTRADOS
EN EL PACIENTE

Resumen

Un corpus de evidencia cada vez más amplio revela que los pacientes más activados, es decir, aquellos con los conocimientos, las habilidades y la confianza necesarios para gestionar su salud, muestran más probabilidades de desarrollar hábitos saludables, utilizar los recursos del sistema sanitario de forma más efectiva y presentar mejores resultados de salud. En este artículo revisamos la evidencia que relaciona el grado de activación del paciente con los resultados e identificamos estrategias que consiguen aumentar la activación del paciente. En el apartado de conclusiones, repasamos las formas en que los sistemas de salud utilizan el conocimiento sobre el nivel de activación de los pacientes y sus historias clínicas para diseñar protocolos que satisfagan más eficazmente los requerimientos asistenciales de los pacientes y permitan un uso más eficiente de los recursos del sistema sanitario.

Palabras clave: activación del paciente, involucración del paciente, autogestión, resultados de salud.

Abstract

A growing evidence-base indicates that higher activated patients, those who have the knowledge, skill, and confidence to manage their health, are more likely to engage in positive health behaviors, to use health care resources more effectively, and to have better health outcomes. We review the evidence linking patient activation to outcomes and identify strategies that increase patient activation. We conclude with an overview of how health systems use knowledge about their patients' activation level along with clinical profiles to tailor care pathways that more effectively meet patients' needs, and are more efficient in their use of health care resources.

Key words: patient activation, patient engagement, self-management, health outcomes.

JEL classification: I10, I12, I14.

LA ACTIVACIÓN DEL PACIENTE COMO HERRAMIENTA PARA LA TRIPLE META

Judith HIBBARD, DrPH

Profesora emérita, Universidad de Oregón

I. INTRODUCCIÓN

La *Triple Meta* de mejor salud, mejores cuidados y menores costes de mejorar la calidad de la asistencia sanitaria se ha convertido en el foco de atención de los sistemas de salud en todo el mundo, y las reformas en materia de sanidad se orientan cada vez más a alcanzar dichas metas (Dentzer, 2013). Las organizaciones sanitarias están explorando simultáneamente opciones para mejorar la salud y reducir los costes. La nueva realidad que afrontan las organizaciones que prestan servicios sanitarios es una continua presión para hacer más con menos recursos.

Una estrategia clave en algunos países desarrollados consiste en traspasar una parte del riesgo financiero del cuidado de la salud de determinados grupos de población a las organizaciones encargadas de proveer dicha atención. Con ello, lo que se persigue es aumentar la responsabilidad de la organización sobre los costes, mejorando a la vez la calidad de la asistencia prestada y los resultados terapéuticos. En Estados Unidos ha surgido una nueva figura jurídica, las Accountable Care Organizations (ACO), que desempeñan la función tanto de aseguradoras como de la prestación de servicios sanitarios (Fisher *et al.*, 2012). En Inglaterra, los nuevos Clinical Care Group (CCG) están asumiendo un papel similar. Tanto los CCG como las ACO están pensados para adoptar un

enfoque de gestión de la población asignada. En paralelo a este nuevo enfoque en la responsabilidad y la rendición de cuentas se observa un alto interés en nuevos modelos asistenciales que reconozcan y apoyen el papel central que juegan los pacientes en la determinación tanto de los resultados como de los costes.

Los estudios realizados demuestran que los sujetos más «activados», es decir, aquellos que cuentan con los conocimientos, las habilidades y la confianza necesarios para gestionar su salud y sus requerimientos médicos, obtienen mejores resultados terapéuticos e incurren en unos menores costes sanitarios. Un corpus de evidencia cada vez más abundante revela que los pacientes más proactivos son quienes muestran mayor probabilidad de desarrollar hábitos saludables y utilizar los recursos del sistema sanitario de forma más efectiva. Partiendo de la literatura disponible sobre este concepto, en este artículo revisamos la evidencia que relaciona el grado de activación del paciente y los resultados, y evaluamos críticamente los estudios diseñados para aumentar la activación del paciente, identificando las estrategias que parecen ser más eficaces. Por último, identificamos y describimos los programas innovadores que están implementándose en organizaciones de salud pioneras con el fin de motivar y activar a sus pacientes. Describimos de qué modo esos sistemas de salud

están combinando el conocimiento sobre la capacidad para autogestionarse de sus pacientes y sus perfiles clínicos a fin de diseñar vías que satisfagan más eficazmente las necesidades asistenciales de los pacientes y asignen más eficientemente los recursos sanitarios.

II. ¿POR QUÉ ENFOCARSE EN LA ACTIVACIÓN DEL PACIENTE?

Prácticamente existe consenso en que el comportamiento individual es un determinante clave del desarrollo de una enfermedad crónica, y en que la autogestión es un factor primordial en la determinación de los resultados y la capacidad para funcionar una vez que el paciente desarrolla la enfermedad crónica (Schroeder, 2007). Se estima que entre el 60 y el 70 por 100 de la mortalidad prematura, los determinantes de la salud están vinculados a pautas de conducta modificables (OMS, 2005).

La activación del paciente, es decir, los conocimientos, habilidades y confianza de los sujetos para gestionar su salud y sus requerimientos asistenciales, es una variable predictiva de la mayoría de prácticas sanitarias y relativas a la enfermedad, así como de muchos resultados de efectividad terapéutica (Hibbard *et al.*, 2004). La activación puede evaluarse utilizando el método de la Medición de la Activación del Paciente (*Patient Activation Measure*, PAM) (Hibbard *et al.*, 2005). Dicha medición se ha convertido en un indicador abreviado de la capacidad del paciente para autogestionarse.

El PAM se desarrolló mediante análisis Rasch, y consiste en una medición unidimensional según intervalos, con puntuaciones

comprendidas entre 0 y 100. Los trece ítems incluidos en el PAM están formados por afirmaciones sobre creencias, confianza en la gestión de tareas relacionadas con la salud y conocimientos autoevaluados. El PAM se ha revelado como un instrumento fiable y válido en diferentes idiomas, culturas, grupos demográficos y condiciones médicas (Hibbard *et al.*, 2004; Hibbard *et al.*, 2005; Fujita *et al.*, 2010; Rademakers *et al.*, 2012; Herrmann *et al.*, 2012; Maindal *et al.*, 2009; Steinsbekk, 2008; Ellins y Coulter, 2005).

Aunque la puntuación de activación está moderadamente correlacionada con factores sociodemográficos, no es un marcador de nivel socioeconómico. Los estudios revelan que la edad, la educación, los ingresos y el género representan en torno a un 5-6 por 100 de la variación de la activación del paciente. En contraste, dichas variables suponen un 25 por 100 de la variación en la alfabetización en salud del paciente (Greene *et al.*, 2005).

El PAM no es la única forma de medir el grado de compromiso o proactividad del paciente. Existen medidas de confianza y de interés en participar activamente en el cuidado de la propia salud. Sin embargo, el PAM es el parámetro que cuenta con las mayores propiedades psicométricas y la mayor base empírica para validarlo y ligarlo a múltiples resultados.

III. LA ACTIVACIÓN DEL PACIENTE COMO VARIABLE PREDICTIVA DEL COMPORTAMIENTO Y LOS RESULTADOS EN MATERIA DE SALUD

Estudios empíricos indican que las personas más activadas tienen

significativamente más probabilidades de adoptar prácticas preventivas, como exámenes, chequeos regulares y vacunaciones, que las personas que obtuvieron una puntuación más baja en la escala de activación. Además, quienes están más activados tienen significativamente más probabilidades de desarrollar hábitos saludables, como llevar una dieta sana o realizar ejercicio regularmente (Hibbard *et al.*, 2004; Hibbard *et al.*, 2005; Greene e Hibbard, 2012; Hibbard *et al.*, 2007; Fowles *et al.*, 2009; Mosen *et al.*, 2007; Becker y Roblin, 2008; Hibbard y Cunningham, 2008; Hibbard y Tusler, 2007; Tabrizi *et al.*, 2010; Salyers *et al.*, 2009).

1. Comportamientos en materia de salud

Los pacientes menos activados parecen ser más pasivos en la búsqueda y utilización de cuidados médicos. Por ejemplo, los pacientes menos activados tienen significativamente menos probabilidades de preparar preguntas antes de acudir a la consulta del médico, conocer las pautas de tratamiento para su enfermedad o ser persistentes a la hora de solicitar aclaraciones en caso de no entender las explicaciones del médico (Fowles *et al.*, 2009; Hibbard, 2009). Los pacientes menos activados también tienen entre el doble y el triple de probabilidades de presentar necesidades médicas no atendidas y retrasar la obtención de cuidados respecto a los pacientes más activados, incluso una vez tenidas en cuenta las diferencias de ingresos, educación y situación de seguro médico (Hibbard y Cunningham, 2008).

La activación también está correlacionada con la autogestión en enfermedades crónicas: pun-

tuaciones de activación más altas están positivamente relacionadas con el cumplimiento del tratamiento, el seguimiento de la enfermedad y la obtención de cuidados regulares para enfermedades crónicas (Hibbard *et al.*, 2004; Hibbard *et al.*, 2005; Greene y Hibbard, 2012; Mosen *et al.*, 2007; Rogvi *et al.*, 2012; Lorig *et al.*, 2010; Rask *et al.*, 2009; Ellins y Coulter, 2005; Druss *et al.*, 2010; Remmers *et al.*, 2009; Becker y Roblin, 2008; Hibbard y Tusler, 2007; Schiøtz *et al.*, 2012; Skolasky *et al.*, 2008). Aunque estos estudios se basan en la gravedad de la enfermedad y en factores sociodemográficos, los hallazgos parecen ser aplicables a pacientes con un amplio abanico de enfermedades y distintos entornos económicos, al incluirse entre los sujetos de estudio a grupos desfavorecidos, poblaciones étnicamente diversas y personas sin atención de ayuda médica (Rask *et al.*, 2009; Lubetkin *et al.*, 2010; Kansagara *et al.*, 2011; Gerber *et al.*, 2011; Alegría *et al.*, 2009; Hibbard *et al.*, 2008; Ryvicker *et al.*, 2012).

Los estudios muestran que cuando las puntuaciones de PAM cambian, las conductas varían en la misma dirección. Hibbard *et al.* siguieron a pacientes enfermos crónicos durante un periodo de seis meses (Hibbard *et al.*, 2007) y observaron que a incrementos de la puntuación PAM les correspondieron mejoras en 11 de las 18 conductas, entre ellas realizar ejercicio regularmente y llevar un diario del nivel de glucosa en sangre. Harvey *et al.* obtuvieron resultados similares en una población de empleados: cuando las puntuaciones PAM aumentaban, se evidenciaban mejoras en múltiples conductas, con independencia de cuál fuera el nivel de activación de base.

2. Resultados de efectividad terapéutica

Varios estudios han revelado que los pacientes más activados tienen más probabilidades de presentar indicadores clínicos en el rango normal, incluidos el índice de masa corporal y los niveles de azúcar en sangre (A1c), presión arterial y colesterol (Greene y Hibbard, 2012; Rogvi *et al.*, 2012; Remmers *et al.*, 2009; Skolasky *et al.*, 2011; Terry *et al.*, 2011; Saft *et al.*, 2008). Un estudio centrado en pacientes con VIH concluyó, utilizando modelos multivariantes, que a mejoras incrementales de 5 puntos en la puntuación PAM les correspondió una mejora significativa del recuento de CD4 (linfocitos), el cumplimiento de los regímenes farmacológicos y la supresión del virus (Marshall *et al.*, 2013).

Un estudio reciente de panel longitudinal observó a lo largo del tiempo a los pacientes en un gran centro de salud, y los resultados obtenidos mostraron que cuando las puntuaciones PAM variaban, muchos de los resultados cambiaban en la dirección esperada. En este estudio se observó durante un año a más de 10.000 pacientes con puntuaciones en PAM de, al menos, 2. Los resultados multivariantes muestran que los pacientes cuyas puntuaciones PAM aumentaron o se mantuvieron elevadas presentaron resultados significativamente mejores en 8 de los 13 parámetros examinados —incluidos menor número de hospitalizaciones y de consultas a urgencias— que los pacientes cuya clasificación PAM disminuyó o se mantuvo baja tras el periodo de observación (Hibbard, 2014). Otro estudio de panel sobre más de 5.000 enfermos crónicos durante un

periodo de cuatro años concluyó que la puntuación de base en PAM predecía los resultados cuatro años más tarde, incluido el cumplimiento de los regímenes, las hospitalizaciones y el uso del servicio de urgencias (Hibbard, 2014b). Estos hallazgos indican que las ventajas asociadas al hecho de ser un paciente más activado subsisten durante varios años, reportando beneficios duraderos en forma de un mejor autocuidado, una mejor capacidad para funcionar y un menor uso de los costosos servicios sanitarios a lo largo del tiempo.

3. Utilización de la asistencia médica

Los pacientes más activados tienen aparentemente menos probabilidades de ser hospitalizados o de acudir al servicio de urgencias, y esto es así incluso si se controla por la gravedad de la enfermedad y los factores demográficos (Greene y Hibbard, 2012; Remmers *et al.*, 2009; Begum *et al.*, 2011; Shively *et al.*, 2012). Los resultados también evidencian que los pacientes menos activados muestran casi el doble de probabilidad de volver a ser ingresados en el hospital dentro de los treinta días siguientes a recibir el alta médica (AARP, 2009; Begum *et al.*, 2011; Kirby, 2012).

Dada la relación inversa entre activación del paciente y utilización de los costosos cuidados médicos, no debe sorprender que los costes de asistencia sanitaria estén también significativamente asociados al nivel de activación del paciente. Hibbard y Greene encontraron que las puntuaciones PAM predecían eficazmente los costes sanitarios facturados

en el mismo año y el siguiente; así, los pacientes menos activados presentaban costes en el año base alrededor de un 8 por 100 superiores a los pacientes más activados, y un 21 por 100 superiores en el año siguiente (Hibbard *et al.*, 2013).

En resumen, la activación del paciente parece ser relevante con independencia de la enfermedad considerada. Los resultados obtenidos para muchas enfermedades diferentes —entre ellas diabetes, asma, esclerosis múltiple, EPOC, insuficiencia cardíaca, VIH, enfermedad cardiovascular y cáncer (Marshall *et al.*, 2013; Saft *et al.*, 2008; Remmers *et al.*, 2009; Rogvi *et al.*, 2012; Mosen *et al.*, 2007; Stepleman *et al.*, 2010)— han demostrado estar vinculados a la activación del paciente. La activación del paciente también es relevante para pacientes con enfermedades mentales graves, como la esquizofrenia, la depresión y el desorden por estrés postraumático. Los estudios revelan que puntuaciones de activación más altas se relacionan significativamente con actitudes sobre recuperación positivas, mayores niveles de esperanza, menores síntomas de enfermedad mental, conductas de autogestión de la enfermedad, estrategias más sanas para encarar la enfermedad, menor abuso de sustancias y una pauta de medicación más consistente (Kukla *et al.*, 2013; Green *et al.*, 2010; Salyers *et al.*, 2009). Por último, muchos de los hallazgos han sido reproducidos en estudios realizados en otros países, como Dinamarca, Alemania, Reino Unido, Japón, Noruega, Canadá, Países Bajos y Australia (Rademakers *et al.*, 2012; Fujita *et al.*, 2010; Maindal *et al.*, 2009; Herrmann, 2012; Ellins y Coulter, 2005; Begum *et al.*, 2011).

IV. INTERVENCIONES ORIENTADAS A AUMENTAR EL NIVEL DE ACTIVACIÓN DEL PACIENTE

Los programas dirigidos a aumentar la activación del paciente se han llevado a cabo con poblaciones que contaban con seguros médicos tanto públicos como privados, y se han implementado en centros de trabajo (Terry *et al.*, 2011); hospitales (Richmond *et al.*, 2010); programas de gestión de enfermedades (Lawson *et al.*, 2013; Hibbard *et al.*, 2009); la comunidad (Druss *et al.*, 2010; Lorig y Alvarez, 2011; Lorig *et al.*, 2009 y 2010; Frosch *et al.*, 2010); centros de atención primaria (Deen *et al.*, 2011; Parchman *et al.*, 2010) y *online* (Solomon *et al.*, 2012; Lorig *et al.*, 2010).

Los estudios revelan que es posible aumentar las puntuaciones de activación mediante una intervención enfocada. Varios de dichos estudios también han constatado mejoras en los resultados de efectividad terapéutica, entre ellos la calidad de vida relacionada con la salud, los indicadores clínicos (como el colesterol «malo» o la presión arterial), el grado de cumplimiento, estilos de vida más saludables, menor sintomatología, mayor formulación de preguntas durante las consultas clínicas y menor utilización del servicio de urgencias y hospitalizaciones (Druss *et al.*, 2010; Terry *et al.*, 2011; Richmond *et al.*, 2010; Hibbard *et al.*, 2009, 2009; Lorig *et al.*, 2009; Lorig *et al.*, 2010; Lorig y Álvarez, 2011; Frosch *et al.*, 2010b; Deen *et al.*, 2011b; Mitchell, 2013; Kirby, 2012).

Un incremento de la activación del sujeto se traduce en una mayor sensación de control

sobre su salud y de empoderamiento. Las estrategias que respaldan esto parecen ser aquellas que estimulan la motivación autónoma. Son las que asumen la perspectiva del individuo, le estimulan a tomar decisiones y fomentan la autonomía personal. Dichas intervenciones favorecen el desarrollo de habilidades de resolución de problemas y el dominio de la autogestión (Ryan y Deci, 2000).

El programa Chronic Disease Self-Management Program (CDSMP) de la Universidad de Stanford forma a líderes legos en medicina de entornos locales para conducir talleres en los que se enseña a enfermos crónicos a resolver sus problemas, realizar un ejercicio adecuado y comunicarse mejor con su familia y los profesionales sanitarios. Los participantes en el CDSMP han mostrado mejoras de activación, que han perdurado durante plazos de hasta dieciocho meses tras la participación (Lorig *et al.*, 2010). Un ensayo aleatorio que utilizó una adaptación del CDSMP para pacientes con enfermedades mentales graves reveló que, al efectuar el seguimiento al cabo de seis meses, los participantes del grupo de intervención presentaban una mejora de la activación del paciente significativamente superior a la de los incluidos en el grupo de asistencia habitual, así como mejoras más importantes en cumplimiento, actividad física y calidad de vida relacionada con la salud (Druss *et al.*, 2010).

Los programas aplicados en clínicas para personas con ingresos bajos que se centraron en el desarrollo de habilidades, como la formulación de preguntas, evidenciaron un aumento de la participación en el cuidado médico y

un aumento de los niveles de activación del paciente (Deen *et al.*, 2011; Alegría *et al.*, 2009). Por ejemplo, en el trabajo de Deen *et al.*, se asignó aleatoriamente a los pacientes con bajo nivel socioeconómico bien a la asistencia habitual bien a un grupo de intervención dirigido expresamente a incrementar la participación en el cuidado de su propia salud y a aumentar la activación. La intervención se centró en instruir a los pacientes para que fueran capaces de generar y priorizar sus preguntas relacionadas con decisiones sobre temas de salud y tratamiento médico. Los resultados mostraron unas mayores puntuaciones PAM y un incremento en la utilización de herramientas de ayuda en la decisión (Deen *et al.*, 2011). Kangovi *et al.* descubrieron que utilizando personal sanitario comunitario bien formado, y trabajando directamente con pacientes en la comunidad, se conseguía aumentar la activación y reducir el índice de reingresos recurrentes (Kangovi *et al.*, 2014).

Uno de los enfoques más prometedores es aquel en el que las intervenciones se diseñan «a la medida» del nivel de activación del sujeto. Dos estudios evalúan el impacto que este *coaching* personalizado tiene en la activación del paciente: los resultados terapéuticos y la utilización de los servicios sanitarios. El objetivo del *coaching* personalizado es estimular actuaciones que eleven las probabilidades de éxito del individuo. Se anima a los pacientes menos activados a dar un paso cada vez y a marcarse pequeñas metas que puedan conseguir, inclusive acciones «previas al cambio de comportamiento» (como reducir en dos el número de comidas rápidas consumidas durante la siguiente semana). A los pacientes más acti-

vados se les impulsa a adoptar cambios de conducta significativos clínicamente (como ejercitarse durante treinta minutos cinco días por semana) (Hibbard y Tusler, 2007). Ambos estudios demuestran que personalizar el *coaching* en función del nivel de activación de los pacientes eleva la activación y mejora los resultados, reduciendo, por ejemplo, el número de hospitalizaciones (Hibbard *et al.*, 2009; Shively *et al.*, 2012).

Un hallazgo importante que pusieron de manifiesto los estudios de intervención es que aquellos pacientes que partían desde niveles de activación más bajos tendieron a aumentarlos en mayor proporción. Si bien esto puede achacarse en parte al efecto «techo», es alentador comprobar que una intervención efectiva puede ayudar a que quienes están menos involucrados y muestran mayor pasividad se conviertan en gestores activos (Hibbard *et al.*, 2009; Frosch *et al.*, 2010; Deen *et al.*, 2011).

En síntesis, el grueso de evidencias sugiere que los pacientes activados cuentan con una ventaja en todos los planos del estudio: tienen más probabilidades de adoptar hábitos saludables y de registrar mejores experiencias asistenciales, obtienen mejores resultados terapéuticos e incurrir en una menor utilización. Además, parece que la activación es modificable y que existen intervenciones efectivas que consiguen aumentar la activación en los pacientes, incluso entre aquellos que parten desde niveles de activación más bajos. Por último, parece que las ventajas de ser un paciente más activado perduran en el tiempo, surtiendo efectos a lo largo de varios años.

V. UTILIZACIÓN DE LOS HALLAZGOS TEÓRICOS SOBRE ACTIVACIÓN DE LOS PACIENTES PARA MEJORAR LA ASISTENCIA PRESTADA

Un número creciente de organizaciones innovadoras que prestan servicios de salud en Estados Unidos están midiendo la activación de los pacientes y utilizando dicha información para gestionar de manera más eficaz las necesidades asistenciales de los pacientes, tanto individuales como en conjunto. Los ejemplos que se citan en esta sección provienen de sistemas sanitarios, los programas estatales desarrollados por Medicaid (el programa de seguros de salud del gobierno de Estados Unidos para la gente necesitada), planes de seguros médicos, las comunidades y un empleador público.

Algunas de las estrategias se dirigen a promover un aumento de la activación de los pacientes. El *coaching* personalizado es un buen ejemplo de este tipo de estrategias. Otras pretenden garantizar que los pacientes con menores niveles de activación, es decir, aquellos más pasivos, obtengan vías o apoyos especializados para mejorar sus probabilidades de recibir la asistencia clínica requerida. Dichas estrategias establecen un triaje de recursos a los pacientes, atendiendo, en parte, a su nivel de activación. Este enfoque optimiza los recursos privilegiando el apoyo hacia los pacientes más necesitados de ayuda, mientras que aplica actuaciones menos intensivas en personal con pacientes que muestran una mayor capacidad de autogestión.

1. Segmentando la población de pacientes para optimizar los recursos

El objetivo de estos enfoques es afinar la forma de gestionar los distintos segmentos de pacientes a fin de satisfacer más estrechamente sus necesidades, tanto desde un punto de vista clínico como conductual. La estrategia primaria consiste en identificar segmentos de pacientes que podrían beneficiarse de distintos tipos de apoyo, diferenciando según la mayor o menor intensidad del apoyo recibido o según el mayor o menor grado de cualificación del personal sanitario. Los siguientes ejemplos comparten este punto de partida, si bien podrían diferir en su enfoque y en las estrategias concretas aplicadas.

Utilizando un enfoque basado en el equipo, el Peace Health Patient Centered Medical Home (PCMH) observó que se obtenían resultados más eficaces si los recursos se asignaban en función de las necesidades concretas de los diferentes segmentos de pacientes en lugar de aplicar un enfoque de «talla única». Como los enfermos a largo plazo con baja activación suelen ser más pasivos, se utilizó personal sanitario para tratarlos proactivamente con un enfoque intensivo en «factor humano». En cambio, los pacientes más activados con el mismo nivel de enfermedad recibieron recursos electrónicos o de comunidad y apoyo por parte de otros pacientes. Los pacientes más activados muestran mayor motivación y disposición a utilizar los recursos de información relevantes y a seguir las indicaciones adecuadas. El gráfico 1 ofrece una representación de este enfoque de segmentación. Muestra cómo se asignan los recursos de manera

GRÁFICO 1
SEGMENTANDO LA POBLACIÓN

Nivel PAM	Carga por enfermedad	
	Baja	Alta
Alto	RECURSOS ELECTRÓNICOS Miembros de equipo habitual Enfoque en prevención	APOYO DE OTROS PACIENTES Equipo de cuidado habitual Enfoque en gestión de la enfermedad
Bajo	EQUIPO DE ALTA CUALIFICACIÓN Enfoque en prevención	EQUIPO DE ALTA CUALIFICACIÓN Más extensión Enfoque en desarrollo de habilidades para gestionar la enfermedad

más intensa a aquellos pacientes con una carga por enfermedad mayor y menores habilidades de autogestión (baja activación). El PCMH observó que, al estratificar la población de pacientes tanto en función de su nivel de activación como de carga por enfermedad, pueden alcanzarse mejores resultados con la misma cantidad de recursos (Blash *et al.*, 2011). El Stanford Coordinated Care Clinic, que atiende a pacientes con múltiples enfermedades de larga duración, también aplica este enfoque de segmentos en sus pacientes.

Las organizaciones sanitarias definen de modos diferentes sus estrategias de segmentación y las dirigen a distintos subgrupos de pacientes. Por ejemplo, una importante empresa nacional de seguros de salud de Estados Unidos utiliza el sistema RIV (respuesta interactiva por voz) para contactar por teléfono con los pacientes y pedirles que realicen la encuesta PAM. Utilizan este enfoque con pacientes a los que recientemente se les ha diagnos-

ticado un cáncer. Reconocen que estos pacientes podrían necesitar ayuda extra para tomar decisiones sobre tratamiento, asumir las emociones y/o afrontar su atención médica. Los pacientes cuya puntuación se encuentra en uno de los dos niveles más bajos de PAM son inmediatamente transferidos a un *coach* para que les empiece a atender. Los pacientes clasificados en los dos niveles más altos de PAM pueden elegir entre las opciones a través del sistema RIV: o bien recibir la llamada de un *coach* si desean ayuda, o bien optar entre un menú de otros recursos a su alcance. Esta empresa de seguros de salud descubrió que el enfoque no solo generó ahorros de costes operativos, sino que aumentó la satisfacción general de los clientes de forma significativa. Este es un ejemplo de estrategia básicamente dirigida a ayudar a que los pacientes menos activados reciban la atención requerida, en lugar de marcarse la meta específica de aumentar el nivel de activación de los pacientes.

Otro ejemplo consiste en el programa de gestión de beneficios de fármacos entre funcionarios jubilados en el estado de Ohio. Para la parte clínica de su enfoque de segmentación, el programa selecciona a participantes con múltiples recetas de medicamentos (alto riesgo), se pone en contacto con ellos y les solicita que realicen la encuesta PAM *online*. A continuación, modula la prestación de apoyo entre los usuarios frecuentes de medicamentos, facilitando *coaching* sobre gestión de la medicación únicamente a aquellos jubilados menos activados del grupo. Se decide en cada caso el modo en que se desea interactuar con los jubilados y prestarles apoyo de forma congruente con su menor grado de activación, subdividiendo cada acción en pequeños pasos y ayudándoles a desarrollar hábitos que promuevan el cumplimiento de la medicación.

Fairview Health Services orienta de diferentes formas el apoyo a los pacientes menos activados (Hibbard y Greene, 2013). Se han desarrollado una serie de protocolos de asistencia concretos en función de los niveles de activación. He aquí algunos ejemplos.

Cuando, durante el transcurso de una consulta, se determina que a un paciente se le debe realizar una mamografía, el procedimiento habitual es programar una visita separada para practicar dicha actuación. Pero si el paciente tiene una baja clasificación en PAM, se le practica la mamografía ese mismo día y en ese mismo centro. El razonamiento es que, si bien no es posible hacerlo para todos los pacientes, en el caso de los pacientes menos activados existe un mayor riesgo de que no regresen para la prueba y, al dar cabida al paciente en el mismo momento, los recursos se están

asignando de manera adecuada en aras de una mejor salud de la población.

Debido a que los pacientes menos activados son más pasivos en sus encuentros con el personal sanitario, una organización de salud asigna un auxiliar sanitario especialmente formado que trabaja con los pacientes menos activados durante la estancia en el centro clínico. El auxiliar ayuda al paciente a formular sus preguntas antes de que el médico llegue a la sala. El auxiliar también se vuelve a reunir con el paciente una vez que el médico se ha marchado y juntos repasan el contenido de la visita y revisan la medicación prescrita (Hibbard y Greene, 2013). Esta forma de apoyo es de gran ayuda para los pacientes menos activados; en cambio, resultaría un esfuerzo superfluo o inapropiado si se utilizase con los pacientes más activados.

Hospitales de más de treinta estados en Estados Unidos utilizan el PAM para diseñar el apoyo a los pacientes una vez que su estancia en el hospital termina y reciben el alta médica, como una herramienta para evitar los reingresos. Los estudios revelan que los pacientes menos activados muestran casi el doble de riesgo de reingreso durante el periodo post-hospitalario que los pacientes más activados (Mitchell, 2013).

Los programas de prevención del reingreso suelen comprender una evaluación del nivel de activación y, a continuación, el diseño personalizado tanto de la forma de prestar apoyo al paciente una vez que recibe el alta del hospital como de la cantidad de apoyo prestado. Algunos programas utilizan personal especialmente formado para apoyar a los pacientes menos activados du-

rante los periodos de alta y posteriores al alta médica. Un programa de Humboldt County en California utiliza un equipo especialmente formado para apoyar a los pacientes menos activados durante el periodo post-hospitalario. Así, se recurre a enfermeros voluntarios en prácticas para prestar apoyo a los pacientes más activados (Quality Coalition, 2012). La utilización de personal más especializado y costoso para aquellos con mayores probabilidades de reingreso, en contraste con personal voluntario para los pacientes con menor riesgo de reingreso, supone una forma de optimización de los recursos en aras de mejores resultados. Este programa ha permitido reducir los reingresos en un 20 por 100 (Quality Coalition, 2012).

2. Coaching personalizado

Los médicos y los *coaches* sanitarios han observado que medir los niveles de activación de los pacientes les proporciona tres ventajas clave a la hora de prestar apoyo a los pacientes. En primer lugar, brinda una evaluación que ayuda a los clínicos a personalizar la clase y la cantidad de apoyo necesario. Al informar de dónde se sitúa cada paciente a lo largo de este proceso, les permite atender al paciente sin quedarse ni cortos ni largos. En segundo lugar, la puntuación sirve de guía sobre la clase y la cantidad de apoyo que probablemente sea útil para el paciente. Y en tercer lugar, aporta una métrica con la que seguir el progreso de cada paciente o de un grupo de ellos.

Los especialistas que utilizan actualmente el PAM para evaluar a los pacientes lo consideran una señal vital adicional que les aporta información esencial para tra-

CUADRO N.º 1

PERSONALIZACIÓN DEL COACHING EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE ACTIVACIÓN DEL PACIENTE

Niveles de activación de los pacientes

- Nivel 1: El paciente tiende a ser pasivo y sentirse abrumado por la gestión de su propia salud.
- Nivel 2: El paciente puede carecer de conocimientos y confianza para gestionar personalmente su salud.
- Nivel 3: El paciente parece ir pasando a la acción pero podría carecer de confianza y habilidades con las que apoyar su comportamiento.
- Nivel 4: El paciente ha adoptado muchas de las conductas recomendadas para su salud, pero podría no ser capaz de mantenerlas frente a factores estresantes en la vida.

Adaptación del apoyo a los niveles de activación

- En el **nivel 1**, enfocarse en crear autoconciencia y comprensión de las pautas de conducta, para ir ganando confianza a través de pequeños pasos.
- En el **nivel 2**, dar continuidad a pequeños pasos previos al cambio de conducta, como añadir fruta o verdura a la dieta semanal; reducir el tamaño de las porciones en dos comidas al día; y empezar a acumular conocimientos básicos.
- En el **nivel 3**, procurar adoptar nuevas conductas y garantizar cierto nivel de conocimientos y habilidades específicos a la enfermedad. Apoyar el inicio de nuevos comportamientos «completos» (por ejemplo, treinta minutos de ejercicio tres días por semana) y las habilidades para la resolución de problemas.
- En el **nivel 4**, evitar la recaída y gestionar las situaciones nuevas o retos cuando surjan. La resolución de problemas y la planificación de situaciones difíciles ayudan a los pacientes a mantener las conductas adquiridas.

bajar eficazmente con el paciente (Blash, 2011).

Medir la activación del paciente y personalizar el *coaching* en función del nivel de activación del paciente (cuadro n.º 1) es la manera más frecuente en que las organizaciones sanitarias utilizan el PAM (Hibbard y Tusler, 2007). Por ejemplo, Medica, una empresa de seguros de salud de Minnesota, mide la activación con su programa de *coaching* telefónico y *online*. El apoyo se diseña a medida del nivel de activación del paciente. Además, utilizan el mismo parámetro para evaluar el progreso del paciente, empleando el PAM como métrica de resultados a la vez que como herramienta evaluadora. Medica ha constatado una mejora de la satisfacción de sus socios con el programa de *coaching*, y estima que les ahorra unos 19-22 dólares/mes por

socio en costes de utilización (Medica, 2012).

3. Evolución de la activación del paciente como métrica de rendimiento

Si realmente se aspira a la *Triple Meta* de mejorar los resultados de efectividad terapéutica, mejorar la calidad y reducir los costes, el aumento de la activación de los pacientes probablemente sea un paso necesario. Algunas organizaciones están planteándose el aumento de la activación de los pacientes como un resultado intermedio del cuidado que deberían marcarse como objetivo. Las Coordinated Care Organizations (CCO, una versión de las ya citadas ACO), de Oregon Medicaid, utilizarán la mejora de la activación de los pacientes como una métrica de rendimiento para determinar la efec-

tividad de la CCO. Esta es un área nueva que está empezando a despuntar, no disponiéndose aún de demasiada experiencia en lo que respecta a la observación de las mejoras de la activación a lo largo del tiempo y su validez como métrica de rendimiento para realizar comparaciones entre proveedores.

VI. CONSECUENCIAS PARA LAS POLÍTICAS

La activación de los pacientes tal vez sea uno de los factores más importantes y modificables para determinar los resultados en las enfermedades crónicas. Históricamente, los enfoques políticos se han caracterizado por actuar únicamente sobre los diferentes elementos de la organización responsable de la prestación de servicios sanitarios. No obstante, si se pretende avanzar hacia la *Triple Meta*, será importante añadir como objeto del enfoque lo que los pacientes aportan al proceso. Conseguir pacientes más activados puede ser un activo de enorme valor para los sistemas sanitarios. Ayudar a los pacientes a dotarse de las destrezas y la confianza necesarias para autogestionar su enfermedad se antoja como una inversión inteligente, cuyos frutos se pondrán de manifiesto con el tiempo.

Una conclusión clave de los estudios es que los pacientes más activados son los que asisten a los programas disponibles en su comunidad, los que utilizan los recursos sobre salud accesibles en la web o quienes utilizan el portal de historias clínicas electrónicas para pacientes (Hibbard, 2011). Este hallazgo es relevante, pues sugiere que la mayoría de los esfuerzos realizados actualmente para involucrar y activar a los pa-

cientes probablemente están surtiendo efectos en los pacientes más activados, y no están llegando a aquellos otros más pasivos. Una importante medida de política sería evaluar todas las inversiones realizadas en involucración de pacientes en términos de qué segmentos de paciente reciben y se benefician de los programas. En concreto, hemos de evaluar la eficacia con la que los actuales esfuerzos dirigidos a promover la involucración de los pacientes están llegando de hecho a sus destinatarios y ayudando a los individuos menos activados de la población.

Los responsables de las políticas pueden potenciar el énfasis en el apoyo a los pacientes incluyendo la activación de los pacientes (o el aumento de la activación de los pacientes) como métrica de rendimiento de las organizaciones sanitarias, y premiar con mayores remuneraciones y reconocimiento a los proveedores y sistemas que implanten con éxito dicho objetivo. Las autoridades sanitarias también pueden utilizar la medición de la activación de los pacientes para hacer un seguimiento del progreso y evaluar la efectividad de los distintos programas.

Los esfuerzos para incentivar a los sistemas de salud a que apoyen la activación y la involucración de los pacientes aún están en su inicio. Aplicando las enseñanzas de la dilatada experiencia acumulada en el campo de la mejora de la calidad industrial, sabemos que incorporar la medición y la responsabilización de los proveedores son pilares esenciales para avanzar. La mejora del apoyo a la activación de los pacientes dentro del proceso clínico no es en esencia diferente, y la utilización de mediciones para ello será crucial.

BIBLIOGRAFÍA

- AARP (2009), «Beyond 50.09 Chronic Care: A call to Action for Health Care Reform». Institute A.P.P. (Ed.), http://assets.aarp.org/rgcenter/health/beyond_50_hcr.pdf (<http://assets.aarp.org>).
- ALEGRIA, M.; SRIBNEY, W.; PÉREZ, D.; LADERMAN, M., y KEEFE, K. (2009), «The role of patient activation on patient-provider communication and quality of care for US and foreign born Latino patients», *Journal of General Internal Medicine*, 24(3): 534-541.
- BECKER, E.R., y ROBLIN, D.W. (2008), «Translating Primary Care Practice Climate into Patient Activation: The Role of Patient Trust in Physician».
- BEGUM, N.; DONALD, M.; OZOLINS, I.Z., y DOWER, J. (2011), «Hospital admissions, emergency department utilisation and patient activation for self-management among people with diabetes», *Diabetes Research and Clinical Practice*, 93: 260-267.
- BLASH, L.; DOWER, C., y CHAPMAN, S. (2011), «PeaceHealth's Team Fillingame Uses Patient Activation Measure to Customize the Medical Home». Center for the Health Professions [Online]. *Chronic Care Management Evaluation Study* (2009). Washington State, <http://www.adsa.dshs.wa.gov/profession/hcs/CCM>.
- COALITION, H.C.C. (2012), «Building the healthiest communities».
- DEEN, D.; LU, W.-H.; ROTHSTEIN, D.; SANTANA, L., y GOLD, M.R. (2011), «Asking questions: The effect of a brief intervention in community health centers on patient activation», *Patient Education and Counseling*, 84(2): 257-260.
- DENTZER, S. (2013), «The 'triple aim' goes global, and not a minute too soon», *Health Aff (Millwood)*, 32: 638.
- DRUSS, B.G.; ZHAO, L.; VON ESENWEIN, S.A.; BONA, J.R.; FRICKS, L.; JENKINS-TUCKER, S.; STERLING, E.; DICLEMENTE, R., y LORIG, K. (2010), «The Health and Recovery Peer (HARP) Program: a peer-led intervention to improve medical self-management for persons with serious mental illness», *Schizophrenia Research*, 118: 264-270.
- ELLINS, J., y COULTER, A. (2005), *Measuring patient activation: Validating a tool for improving quality of care in the UK*, Picker Institute Europe.
- FISHER, E.S.; SHORTELL, S.M.; KREINDLER, S.A.; VAN CITTERS, A.D., y LARSON, B.K. (2012), «A framework for evaluating the formation, implementation, and performance of accountable care organizations», *Health Aff (Millwood)*, 31: 2368-2378.
- FOWLES, J.B.; TERRY, P.; XI, M.; HIBBARD, J.; BLOOM, C.T., y HARVEY, L. (2009), «Measuring self-management of patients' and employees' health: Further validation of the Patient Activation Measure (PAM) based on its relation to employee characteristics», *Patient Education and Counseling*, 77: 116-122.
- FROSCH, D.L.; RINCÓN, D.; OCHOA, S., y MANGIONE, C.M. (2010), «Activating Seniors to Improve Chronic Disease Care: Results from a Pilot Intervention Study», *Journal of the American Geriatrics Society*, 58: 1496-1503.
- FUJITA, E.; KUNO, E.; KATO, D.; KOKOCHI, M.; UEHARA, K., e HIRAYASU, Y. (2010), «Development and Validation of the Japanese Version of the Patient Activation Measure 13 for Mental Health», *Seishinaku (Clinical Psychiatry)*, 52: 765-772.
- GERBER, L.M.; BARRÓN, Y.; MONGOVEN, J.; MCDONALD, M.; HENRIQUEZ, E.; ANDREPOULOS, E., y FELDMAN, P.H. (2011), «Activation among chronically ill older adults with complex medical needs: challenges to supporting effective self-management», *Journal of Ambulatory Care Management*, 34: 292-303.
- GREEN, C.A.; PERRIN, N.A.; POLEN, M.R.; LEO, M.C.; HIBBARD, J.H., y TUSLER, M. (2010), «Development of the Patient Activation Measure for mental health», *Administration and Policy in Mental Health*, 37: 327-333.
- GREENE, J., e HIBBARD, J. (2012), «Why does patient activation matter? An examination of the relationships between patient activation and health-related outcomes», *Journal of General Internal Medicine*, 27: 520-526.
- GREENE, J.; HIBBARD, J.H., y TUSLER, M. (2005), «How Much Do Health Literacy and Patient Activation Contribute to Older Adults' Ability to Manage their Health?». Institute, A.P.P. (Ed.).
- HARVEY, L.; FOWLES, J.B.; XI, M., y TERRY, P. (2012), «When activation changes, what else changes? the relationship between change in patient activation measure (PAM) and employees' health status and health behaviors», *Patient Education and Counseling*, 88: 338-343.
- HERRMANN, W.; BRENK-FRANZ, K.; HIBBARD, J.H.; FREUND, T.; DJALALI, S.; STEURER-STEY, C.; SONNICHSEN, A.; STORCH, M.; SCHNEIDER, N., y GENISCHEN, J. (2012), «Evaluation of the German version of the Patient Activation Measure (PAM-13D) in the primary care setting». WONCA Europe. Viena, Austria.
- HIBBARD, J.H. (2009), «Using systematic measurement to target consumer activation strategies», *Medical Care Research and Review*, 66: 9S-27S.

<p>HIBBARD, J.H., y CUNNINGHAM, P.J. (2008), «How engaged are consumers in their health and health care, and why does it matter?», <i>Res Briefs</i>, 1-9.</p> <p>HIBBARD, J.H., y GREENE, J. (2011), «Who are we reaching through the patient portal: Engaging the already engaged», <i>Journal of Person Centered Medicine</i>.</p> <p>— (2013), «What the evidence shows about patient activation: better health outcomes and care experiences; fewer data on costs», <i>Health Aff (Millwood)</i>, 32: 207-214.</p> <p>HIBBARD, J.H., y TUSLER, M. (2007), «Assessing activation stage and employing a 'next steps' approach to supporting patient self-management», <i>Journal of Ambulatory Care Management</i>, 30: 2-8.</p> <p>HIBBARD, J.H.; GREENE, J., y OVERTON, V. (2013), «Patients with lower activation associated with higher costs; delivery systems should know their patients' 'scores'», <i>Health Aff (Millwood)</i>, 32: 216-222.</p> <p>HIBBARD, J.H.; GREENE, J., y TUSLER, M. (2009), «Improving the outcomes of disease management by tailoring care to the patient's level of activation», <i>The American Journal of Managed Care</i>, 15: 353-360.</p> <p>— (2009a), «Improving the Outcomes of Disease-Management by Tailoring Care to the Patient's Level of Activation», <i>The American Journal of Managed Care</i>, 15: 353-360.</p> <p>HIBBARD, J.H.; GREENE, J.; BECKER, E.R.; ROBLIN, D.; PAINTER, M.W.; PÉREZ, D.J.; BURBANK-SCHMITT, E., y TUSLER, M. (2008), «Racial/ethnic disparities and consumer activation in health», <i>Health Aff (Millwood)</i>, 27: 1442-1453.</p> <p>HIBBARD, J.H.; GREENE, J.; OVERTON, V., y SACKS, R. (2014a), «Changes in Patient Activation and Changes in Outcomes: A Longitudinal Examination». Presented at the Annual Research Meeting of Academy Health. San Diego, CA. Junio.</p> <p>HIBBARD, J.H.; GREENE, J.; SHI, Y.; MITTLER, J., y SCANLON, D. (2014b), «Taking the Long View: How well do patient activation scores predict outcomes 4 years later?». Presented at the Annual Research Meeting of Academy Health. San Diego, CA. Junio.</p> <p>HIBBARD, J.H.; MAHONEY, E.R.; STOCK, R., y TUSLER, M. (2005), «Development and Testing of a Short Form of the Patient Activation Measure», <i>Health Services Research</i>, 40: 1918-1930.</p> <p>— (2007), «Do increases in patient activation result in improved self-management behaviors?», <i>Health Services Research</i>, 42: 1443-1463.</p>	<p>HIBBARD, J.H.; STOCKARD, J.; MAHONEY, E.R., y TUSLER, M. (2004), «Development of the Patient Activation Measure (PAM): Conceptualizing and Measuring Activation in Patients and Consumers», <i>Health Services Research</i>, 39(4), Pt 1: 1005-1026.</p> <p>KANGOVI, S.; MITRA, N.; GRANDE, D.; WHITE, M.L.; MCCOLLUM, S.; SELLMAN, J.; SHANNON, R.P., y LONG, J.A. (2014), «Patient-Centered Community Health Worker Intervention to Improve Posthospital Outcomes: A Randomized Clinical Trial», <i>JAMA Internal Medicine</i>.</p> <p>KANSAGARA, D.; RAMSEY, R.; LABBY, D., y SAHA, S. (2011), «Post-discharge Intervention in Vulnerable Chronically Ill Patients», <i>Journal of Hospital Medicine</i>.</p> <p>KIRBY, S.E. (2012), <i>An exploration of the reasons for frequent readmissions in patients with chronic disease: activation from frequent flyers to self-management</i>. Ph.D., University of New South Wales.</p> <p>KUKLA, M.; SALYERS, M.P., y LYSAKER, P.H. (2013), «Levels of Patient Activation Among Adults With Schizophrenia: Associations With Hope, Symptoms, Medication Adherence, and Recovery Attitudes», <i>Journal of Nervous and Mental Disease</i>, 201: 339-344.</p> <p>LAWSON, K.L.; JONK, Y.; O'CONNOR, H.; RIISE, K.S.; EISENBERG, D.M., y KREITZER, M.J. (2013), «The impact of Telephonic Health Coaching on Health Outcomes in a High-risk Population», <i>Global Advances in Health and Medicine</i>, 2: 40-7.</p> <p>LORIG, K., y ÁLVAREZ, S. (2011), «Re: Community-based diabetes education for Latinos», <i>Diabetes Educator</i>, 37: 128.</p> <p>LORIG, K.; RITTER, P.L.; LAURENT, D.D.; PLANT, K.; GREEN, M.; JERNIGAN, V.B., y CASE, S. (2010), «Online diabetes self-management program: a randomized study», <i>Diabetes Care</i>, 33: 1275-1281.</p> <p>LORIG, K.; RITTER, P.L.; VILLA, F.J., y ARMAS, J. (2009), «Community-based peer-led diabetes self-management: a randomized trial», <i>Diabetes Educator</i>, 35: 641-651.</p> <p>LUBETKIN, E.I.; LU, W.H., y GOLD, M.R. (2010), «Levels and correlates of patient activation in health center settings: building strategies for improving health outcomes», <i>Journal of Health Care for the Poor and Underserved</i>, 21: 796-808.</p> <p>MAINDAL, H.T.; SOKOLOWSKI, I., y VEDSTED, P. (2009), «Translation, adaptation and validation of the American short form Patient Activation Measure (PAM13) in a Danish version», <i>BMC Public Health</i>, 9: 209.</p> <p>MARSHALL, R.; BEACH, M.C.; SAHA, S.; MORI, T.; LOVELESS, M.O.; HIBBARD, J.H.; COHN, J.A.; SHARP, V.L., y KORTHUIS, P.T. (2013),</p>	<p>«Patient Activation and Improved Outcomes in HIV-Infected Patients», <i>Journal of General Internal Medicine</i>.</p> <p>MEDICA (2012), «Medical Health and Wellness Coaching Program Improves Health, Reduces Cost».</p> <p>MITCHELL, S.; GARDINER, P.; SADIKOVA, B.A.; MARTIN, J.M.; JACK, B.W.; HIBBARD, J.H., y PAASCHE-ORLOW, M.K. (2013), «Patient Activation and 30-day Post-discharge Hospital Utilization», <i>Journal of General Internal Medicine</i>.</p> <p>MOSEN, D.M.; SCHMITTDIEL, J.; HIBBARD, J.; SOBEL, D.; REMMERS, C., y BELLOWES, J. (2007), «Is patient activation associated with outcomes of care for adults with chronic conditions?», <i>Journal of Ambulatory Care Management</i>, 30: 21-29.</p> <p>OMS (2005), <i>Preventing chronic diseases: a vital statement</i>.</p> <p>PARCHMAN, M.L.; ZEBER, J.E., y PALMER, R.F. (2010), «Participatory decision making, patient activation, medication adherence, and intermediate clinical outcomes in type 2 diabetes: a STARNet study», <i>Annals of Family Medicine</i>, 8: 410-417.</p> <p>QUALITY COALITION A.F.F., «Humboldt Counties' Care Transitions Program Sees Results».</p> <p>RADEMAKERS, J.; NIJMAN, J.; VAN DER HOEK, L.; HEIJMANS, M., y RIJKEN, M. (2012), «Measuring patient activation in the Netherlands: translation and validation of the American short form Patient Activation Measure (PAM13)».</p> <p>RASK, K.J.; ZIEMER, D.C.; KOHLER, S.A.; HAWLEY, J.N.; ARINDE, F.J., y BARNES, C.S. (2009), «Patient Activation Is Associated With Healthy Behaviors and Ease in Managing Diabetes in an Indigent Population», <i>The Diabetes Educator</i>, 35: 622-630.</p> <p>REMMERS, C.; HIBBARD, J.; MOSEN, D.M.; WAGENFIELD, M.; HOYE, R.E., y JONES, C. (2009), «Is patient activation associated with future health outcomes and healthcare utilization among patients with diabetes?», <i>Journal of Ambulatory Care Management</i>, 32: 320-327.</p> <p>RICHMOND, D.; BELL-JOHNSON, E.; RICHIETTO, P., y GADSON, S. (2010), «The Race is On: Beneficiary 400 IM PAM-Led Coaching Results: Measure, Categorize, Coach, Remeasure». QualityNet Conference. Baltimore, MD.</p> <p>ROGVI, S.; TAPAGER, I.; ALMDAL, T.P.; SCHIØTZ, M.L., y WILLIANG, I. (2012), «Patient factors and glycaemic control – associations and explanatory power», <i>Diabetic Medicine</i>.</p> <p>RYAN, R.M., y DECI, E.L. (2000), «Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being», <i>American Psychologist</i>, 55: 68-78.</p>
---	---	---

<p>RYVICKER, M.; PENG, T.R., y FELDMAN, P.H. (2012), «Patient Activation and Disparate Health Care Outcomes in a Racially Diverse Sample of Chronically Ill Older Adults», <i>Journal of Health Care for the Poor and Underserved</i>, 23: 1577-1589.</p> <p>SAFT, H.; KILARU, S.; MOORE, E.; ENRÍQUEZ, M., y GROSS, R. (2008), «The Impact of a Patient Activation Measure on Asthma Outcomes: A Pilot Study», <i>Chest</i>.</p> <p>SALYERS, M.P.; MATTHIAS, M.S.; SPANN, C.L.; LYDICK, J.M.; ROLLINS, A.L., y FRANKEL, R.M. (2009), «The role of patient activation in psychiatric visits», <i>Psychiatric Services</i>, 60: 1535-1539.</p> <p>SCHIØTZ, M.L.; BØGELUND, M.; ALMDAL, T.; JENSEN, B.B., y WILLAING, I. (2012), «Social support and self-management behaviour among patients with Type 2 diabetes», <i>Diabetic Medicine</i>, 29: 654-661.</p> <p>SCHROEDER, S.A. (2007), «Shattuck Lecture. We can do better –improving the health</p>	<p>of the American people», <i>The New England Journal of Medicine</i>, 357: 1221-1228.</p> <p>SHIVELY, M.J.; GARDETTO, N.J.; KODIATH, M.F.; KELLY, A.; SMITH, T.L.; STEPNOWSKY, C.; MAYNARD, C., y LARSON, C.B. (2012), «Effect of Patient Activation on Self-Management in Patients With Heart Failure», <i>Journal of Cardiovascular Nursing</i>.</p> <p>SKOLASKY, R.L.; MACKENZIE, E.J.; WEGENER, S.T., y RILEY, L.H. (2008), «Patient activation and adherence to physical therapy in persons undergoing spine surgery», <i>Spine (Phila Pa 1976)</i>, 33: E784-91.</p> <p>— (2011), «Patient activation and functional recovery in persons undergoing spine surgery», <i>Journal of Bone and Joint Surgery</i>, 93: 1665-1671.</p> <p>SOLOMON, M.; WAGNER, S.L., y GOES, J. (2012), «Effects of a Web-based intervention for adults with chronic conditions on patient activation: online randomized controlled</p>	<p>trial», <i>Journal of Medical Internet Research</i>, 14: e32.</p> <p>STEINSBEKK, A. (2008), «[Patient Activation Measure]», <i>Tidsskr Nor Laegeforen</i>, 128: 2316-2318.</p> <p>STEPLEMAN, L.; RUTTER, M.C.; HIBBARD, J.; JOHNS, L.; WRIGHT, D., y HUGHES, M. (2010), «Validation of the patient activation measure in a multiple sclerosis clinic sample and implications for care», <i>Disability and Rehabilitation</i>, 32: 1558-1567.</p> <p>TABRIZI, J.; WILSON, A., y O'ROURKE, P. (2010), «Customer Quality and Type 2 Diabetes from the Patients' Perspective: A Cross-Sectional Study», <i>Journal of Research in Health Sciences</i>, 10: 69-76.</p> <p>TERRY, P.E.; FOWLES, J.B.; XI, M., y HARVEY, L. (2011), «The ACTIVATE study: results from a group-randomized controlled trial comparing a traditional worksite health promotion program with an activated consumer program», <i>American Journal of Health Promotion</i>, 26: 64-73.</p>
--	---	--

Resumen

La atención sanitaria constituye un reto para la sociedad actual. A la demanda de servicios técnicamente actualizados se incorpora la figura de un nuevo modelo de paciente. Este adopta un rol más activo en la búsqueda de información sobre salud y desea conocer las innovaciones diagnósticas y terapéuticas de las que se puede beneficiar. En cuanto a la información que reciben, se pueden distinguir tres tipos de pacientes: poco o nada informados, correspondiente a un modelo de relación médico-paciente tradicional; sobreinformados, referente a la persona que accede a gran volumen de información a través de Internet pero muestra dificultad para gestionarla, y adecuadamente informados, compartiendo opiniones y dudas con el profesional. El paciente del futuro se perfila como una persona cada vez mejor formada, que contará con adecuada información sobre salud y que contribuirá a la participación y a la toma de decisiones compartida junto al profesional.

Palabras clave: nuevo modelo de paciente, información sobre salud, formación de pacientes, participación de pacientes.

Abstract

Healthcare is a challenge for present-day society. The growing demand for technically updated services incorporates the figure of a new patient model. One who plays a more active role in the search for information on health and wishes to learn about diagnostic and therapeutic innovations from which to benefit. In terms of the information they receive, three types of patients may be determined: The scarcely or non-informed patient, corresponding to the traditional doctor-patient relationship model; the over-informed patient, in reference to those with access to a large volume of information via the Internet but with difficulty managing it, and the suitably informed patient, who share opinions and doubts with the health professional. The future patient emerges as a person who is increasingly informed, who will have appropriate information on health and who will contribute to participation and decision-making together with the health professional.

Key words: new patient model, health information, patient education, patient participation.

JEL classification: I10.

PACIENTES IMPLICADOS: PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE EN LA TOMA DE DECISIONES (*)

María Dolores NAVARRO RUBIO

*Directora del Instituto Albert J. Jovell de Salud Pública y Pacientes,
Universitat Internacional de Catalunya*

I. INTRODUCCIÓN

La sociedad actual se encuentra inmersa en un momento de gran cambio a todos los niveles, tanto desde el punto de vista demográfico, tecnológico y cultural, como político y económico. Estos cambios se perciben de una forma muy específica en el ámbito sanitario. Los sistemas sanitarios en la actualidad se caracterizan por la complejidad de los procesos asistenciales, el entorno multidisciplinar de las intervenciones que se realizan, la variabilidad de la práctica clínica entre centros y áreas geográficas, la incorporación de nuevas tecnologías y el coste asociado a todos estos factores, entre otros aspectos. Esta situación contribuye a que, en conjunto, la atención sanitaria se convierta en un reto para la sociedad, ya que, además de la creciente demanda de servicios técnicamente actualizados, se ha de ofrecer una atención que respete en todo momento la dignidad, los valores, expectativas y necesidades de la persona, así como de la población a la que se ofrecen los servicios sanitarios (Nicklin, 2003).

Además, junto a los factores de cambio social producidos, se añaden otros que modulan el proceso asistencial como son: las mayores posibilidades diagnósticas existentes en la actualidad, la introducción de terapias persona-

lizadas, la disminución de los recursos financieros destinados a la sanidad, la disminución de la oferta de médicos y enfermeras en determinadas especialidades y la activación del paciente en la toma de decisiones sanitarias. Algunos de los factores descritos han determinado la aparición de un nuevo modelo de paciente, aún minoritario en algunas zonas de España, que adopta un rol más activo en la búsqueda de información sobre salud y que, además, quiere conocer las innovaciones diagnósticas y terapéuticas de las que se puede beneficiar. Este rol del paciente activo puede ser desempeñado por el propio paciente o por un cuidador o familiar cercano. Además, la accesibilidad a la información sanitaria a través de los medios de comunicación o de Internet, hace que esta se convierta, junto con el médico, en la fuente de información preferida para el ciudadano y el paciente en el momento actual (Eysenbach, 2000; Beck *et al.*, 2014).

En este marco, existe cada vez más aceptación en la sociedad de que los ciudadanos han de participar en la gestión sanitaria porque se trata de un derecho que, además, permite avanzar en el proceso democrático y porque la salud es un bien que requiere la implicación de ciudadanos y pacientes (Jovell y Navarro Rubio, 2008). Por otra parte, la mayor

incorporación de los pacientes en la gestión de los servicios sanitarios necesita gestores y profesionales de la salud más preparados en este sentido y supone la aportación de mayor conocimiento al proceso de gestión. Permitir que todos los agentes sanitarios (incluido el paciente) puedan aportar su valoración y expresarse, mejora el capital intelectual de las instituciones sanitarias y, por lo tanto, esta situación debería contribuir a un mejor funcionamiento de las mismas (Jovell y Navarro Rubio, 2008). Sin embargo, una realidad que impera en este contexto radica en que los sistemas sanitarios modernos no podrán atender muchas de las necesidades que los pacientes presentan y será necesario que la sociedad civil asuma algunos de los retos que esta situación plantea (Jovell, 2006).

II. EL NUEVO PACIENTE

En este contexto, se necesita establecer un sistema basado en los pacientes, *en* el «nuevo paciente» y *con* el nuevo paciente. A esta situación se han de añadir, además, las demandas de los pacientes para recibir un trato más personalizado, que tenga en cuenta su situación, necesidades, valores y expectativas específicas. Este fenómeno se sitúa en una cultura que atribuye al paciente la condición de cliente o consumidor de servicios sanitarios, cualificándolo así para exigir y evaluar la asistencia sanitaria recibida. El prototipo de paciente pasivo y dependiente asociado al modelo de relación paternalista entre profesionales y enfermos se ve reemplazado por un modelo de paciente más activo que busca un tipo de relación con los profesionales basado en la deliberación y en la toma de decisiones compartida (Manville y Ober, 2003).

CUADRO N.º 1

PROTOTIPO DE PACIENTE

Tipos	Características
No informado	Relación médico-paciente tradicional Pasividad, dependencia del paciente Responsabilidad en el profesional
Adecuadamente informado	Relación médico-paciente deliberativa Implicación del paciente en su salud Responsabilidad compartida
Sobreinformado/mal informado	Relación médico-paciente inexistente Paciente como cliente de servicios Responsabilidad en el paciente

La activación de pacientes y familiares está relacionada con la mayor accesibilidad a la información y a los servicios sanitarios. Esta accesibilidad determina tres tipos de pacientes: los no informados, los adecuadamente informados y los sobreinformados (cuadro n.º 1). El primer tipo corresponde al modelo de *paciente tradicional*, que mantiene con los profesionales de la salud una relación paternalista según la cual impera la decisión de aquellos que poseen el conocimiento y la experiencia. Este es un modelo de confianza ciega, que suele darse en pacientes de edad avanzada y en casos de enfermedades graves.

La tendencia actual se dirige a la obtención de mayor número de pacientes *adecuadamente informados*, que sepan combinar la información obtenida de las diferentes fuentes con el diálogo y la relación con el profesional sanitario para convertirse en un paciente realmente implicado en la mejora de su salud y calidad de vida.

El cambio que ha experimentado la población general en cuanto al acceso a la información y, en la misma línea, la aparición de un nuevo modelo de paciente, más informado y más interesado por

todo lo que se relaciona con la salud, es un hecho en la sociedad actual. Hoy en día, pacientes y familiares, como cualquier otro ciudadano, pueden acceder a información sobre salud y servicios sanitarios de una forma muy rápida y sencilla. Las tecnologías de la información y el uso de Internet tienen mucho que ver en ello. Así, la participación de los pacientes informados en el proceso de toma de decisiones, bien sea a nivel individual o colectivo, se está haciendo una realidad.

El siglo XXI trae ciudadanos con un nivel educativo más alto, más interesados por los temas de salud y con la posibilidad de acceder a más información sobre enfermedades y tratamientos en Internet. En general, el paciente, como cualquier otro ciudadano, está interesado en informarse sobre temas relacionados con su salud. Normalmente se siente más seguro si esta información se la proporciona el médico, la enfermera o el farmacéutico, pero cada vez son más las personas que buscan información sobre salud en la red.

Este tipo de enfermo, casi inexistente hace unos años cuando la información estaba restringida a los ámbitos estrictamente pro-

fesionales, está muy relacionado con la incorporación de Internet en la vida cotidiana. Las páginas de salud son, según diferentes expertos, las más consultadas en Internet por los usuarios después de las de ocio (INE, 2014).

Así, por ejemplo, para encontrar información sobre salud, el ciudadano medio utiliza habitualmente un buscador como Google, escribiendo directamente la palabra (enfermedad o síntoma) que le interesa. De esta forma se pueden encontrar millones de páginas que tratan (en español y mucho más si se busca en inglés) sobre un problema de salud determinado (cuadro n.º 2). Ante tal cantidad de información a la que se puede acceder de forma fácil y rápida, se ha de tener en cuenta que ni se está capacitado para asimilar tanta información, ni toda la información que se encuentra es de calidad. En este sentido, disponer de más información no implica necesariamente estar mejor informado, tan solo significa que se dispone de más datos, de más información; lo que exige una cierta habilidad para escoger la información útil y de calidad, descartando la que no lo es. Esto pone al paciente en la disyuntiva de cómo abordar el acceso de información al que es capaz de acceder. Se da, así, el paciente o familiar *sobreinformado*.

Esta situación no significa necesariamente que se esté bien informado, más bien al contrario, se dispone de un exceso de información sin saber bien cómo se ha de gestionar y cómo discernir entre la información de calidad de la que no lo es. Esto conlleva ciertos riesgos si la persona otorga el mismo crédito a información poco veraz que a información contrastada científicamente, lo que le puede predisponer a realizar actividades o comportarse de manera poco

CUADRO N.º 2

BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN EN INTERNET (*)

<i>Enfermedad/condición clínica/factor de riesgo</i>	<i>Páginas en español</i>	<i>Páginas en inglés</i>
Osteoporosis.....	9.560.000	5.500.000
Infarto.....	6.350.000	5.070.000
Obesidad.....	5.360.000	75.900.000
Fibromialgia.....	3.540.000	6.330.000
Cáncer.....	59.100.000	253.000.000
Asma.....	14.600.000	21.000.000
Diabetes.....	75.100.000	104.000.000
Hipertensión.....	2.510.000	16.100.000
Migraña.....	663.000	9.370.000
Alzheimer.....	81.700.000	32.000.000
Depresión.....	6.710.000	111.000.000

Nota: (*) Búsquedas realizadas en Google, junio 2014.

saludable, o que sea incluso perjudicial para su salud. El cuadro n.º 3 presenta las características que ha de tener la información sobre salud para ser considerada de calidad. En este sentido es importante fijarse en una serie de aspectos que caracterizan la información con garantía de calidad, como que muestre quién la escribe, cuáles son sus fuentes o la última fecha en que fue revisada y actualizada.

Así, uno de los errores más frecuentes que se produce al adentrarse en la información a través de la red es dar la misma importancia a *webs* o páginas de Internet elaboradas por organismos o instituciones de prestigio a nivel científico que a páginas de

poca calidad, basadas en simples opiniones de anónimos sin contrastar. Además, se suele dar crédito a todo lo que se lee sobre salud, aunque sea algo anecdótico que le haya ocurrido a una sola persona. Las posibles confusiones que se pueden generar al acceder a múltiples fuentes de información, de procedencia diversa y con calidad no contrastada han suscitado la necesidad de introducir sellos de calidad en Internet, como el *Health on the net*, o el desarrollo de páginas específicas para pacientes.

III. EL PACIENTE IMPLICADO

Uno de los principales agentes que intervienen en esta situación

CUADRO N.º 3

CALIDAD DE LA INFORMACIÓN EN LA RED

<i>Elementos de la información</i>	<i>Características</i>
Autoría.....	Prestigio, credibilidad, multidisciplinariedad
Año de la última revisión.....	Información actualizada
Fuentes utilizadas.....	Evidencia, rigor, contraste
Contacto.....	Teléfono o e-mail, accesibilidad
Formato.....	Claridad, facilidad de seguimiento
Contenido.....	Claridad, rigor, precisión
Aspectos éticos.....	No daña, respeto

de cambio es el papel que juega la ciudadanía. Una ciudadanía que quiere ser participe de lo que ocurre en la sociedad y que, como tal, interviene cada vez más en los procesos de toma de decisiones. Así, la persona que un día pasa a ser paciente incorpora su experiencia en participación ciudadana a su nuevo papel como enfermo en lo que se conoce como empoderamiento o *empowerment* del paciente. Como consecuencia de esta situación, los pacientes en la actualidad tienden a ser personas comprometidas con su salud y consideran la información como un derecho que les permite poder llevar a la práctica dicha participación, bien sea a nivel individual como persona enferma o a nivel colectivo, representando a otros pacientes (Jovell *et al.*, 2006; Jovell y Navarro, 2006).

A nivel individual, la formación del paciente, la relación que establezca con el profesional y su experiencia como ciudadano le ayudarán a gestionar su propia situación: interviniendo en el proceso de atención de su enfermedad o haciéndose responsable de su cuidado y de seguir la pauta indicada por los profesionales. A nivel colectivo, para que se pueda producir la participación de los pacientes en los diferentes órga-

nos de decisión, es necesario que alguien los represente y exprese sus opiniones con respecto a cómo se debería organizar la atención sanitaria que reciben. El cuadro n.º 4 presenta las directrices elaboradas por la *International Alliance of Patients' Organizations* (IAPO) sobre los aspectos a tener en cuenta para que se produzca una correcta participación de los pacientes. A nivel colectivo, por lo tanto, participar supone promulgar leyes y políticas públicas que sitúen a los ciudadanos en el centro de los sistemas sanitarios.

1. El paciente asociado

La crisis del Estado del bienestar y la actual crisis económica y financiera supone una transferencia de responsabilidades desde los gobiernos hacia los ciudadanos, que han de asumir actividades relacionadas con la solidaridad y la ayuda mutua. El nuevo modelo de paciente que aparece en la sociedad actual está acompañado así de un gran desarrollo del asociacionismo y de la aparición de las asociaciones de pacientes como intermediarias en la relación entre ciudadanos y administraciones públicas y entre pacientes y profesionales sanitarios.

En España, el colectivo más sensible y conocedor de las necesidades de las personas enfermas está representado por las asociaciones de pacientes. Estos pacientes más activos promueven una adopción temprana de las innovaciones terapéuticas mediante la disminución de los periodos de investigación y la reducción de los trámites burocráticos (Westfall y Stevenson, 2007; Boote, Baird y Beecroft, 2010). Acuden a reuniones científicas en busca del conocimiento existente resultado de ensayos clínicos u otros estudios en curso y organizan sus propios congresos específicos sobre pacientes (1). En ocasiones, cuando el paciente descubre su nueva situación, puede necesitar de otras personas que se encuentren en su mismo caso y que le ayuden a asimilar lo que le está ocurriendo, bien sea a través de información concreta, de reuniones con otras personas afectadas, de formación o de atención psicológica, entre otras muchas acciones. En este sentido, las asociaciones de pacientes asumen ese rol y van adquiriendo cada vez más protagonismo en el proceso de toma de decisiones en sanidad.

Sin embargo, el excesivo grado de dispersión y fragmentación de las asociaciones de pacientes, junto a expectativas, intereses y recursos muy diferentes entre ellas, ha dificultado tradicionalmente la identificación de interlocutores clave, impidiéndose así su participación en muchos de los debates colectivos sobre la sanidad actual.

La creciente colaboración llevada a cabo durante los últimos años entre las asociaciones de pacientes españolas hizo posible, en el año 2004, la elaboración de

CUADRO N.º 4

DIRECTRICES PARA PROMOVER LA PARTICIPACIÓN DE LOS PACIENTES (*)

Participación

- Identificar el tema en el que se va a participar y formular los objetivos
- Seleccionar a los representantes adecuados para dicha participación
- Estimular y facilitar la participación y la motivación
- Determinar los métodos apropiados de participación
- Proporcionar información y formación sobre cómo participar
- Evaluar los resultados de la participación
- Agradecer la participación
- Iniciar de nuevo el proceso de participación y mejorar los aspectos necesarios

Nota: (*) Adaptado de IAPO (International Alliance of Patients' Organizations), www.patientsorganizations.org/participacion.

la Declaración de Barcelona de las asociaciones de pacientes (www.fbjoseplaporte.org/dbcn), situándose como la primera Carta de Derechos de los Pacientes elaborada en España por un colectivo de organizaciones de pacientes. A partir de ese momento, se creó el Foro Español de Pacientes (FEP), una organización que tiene como funciones representar el hecho de estar afectado por una enfermedad y actuar como interlocutor de las organizaciones de pacientes, familiares y voluntarios españoles ante la Administración, las sociedades científicas y los profesionales, entre otros actores del sistema sanitario.

Tras diez años de andadura, de participar en diferentes comisiones y grupos de trabajo a nivel nacional e internacional, y tras obtener diversos premios y reconocimientos, el FEP se ha consolidado como el principal movimiento colectivo de pacientes en España en la actualidad. Forma parte también del *European Patients Forum* (www.eu-patient.eu) y, en el año 2006, elaboró su Agenda Política (www.forodepacientes.org/agenda-politica/agenda-politica-en-castellano), que incluye la democratización de la sanidad mediante la incorporación activa de los representantes de los pacientes en los procesos de toma de decisiones y la adopción de los principios de la democracia deliberativa. La participación así entendida implica un cambio cultural importante en la relación entre el profesional sanitario y el paciente, ya que supone el paso de un modelo paternalista de atención a otro más deliberativo. Sin embargo, para poder participar de forma efectiva, pacientes y profesionales se han de formar en este nuevo modelo de relación en la toma de decisiones compartida.

2. El paciente formado

En el contexto actual de incertidumbre respecto a la escasez de recursos y a la sostenibilidad del sistema sanitario, se está promoviendo la corresponsabilización de pacientes y ciudadanos (junto con los profesionales) en el cuidado de su propia salud y la utilización adecuada de los recursos y servicios sanitarios. Ser corresponsable de su salud, cuidar de sí mismo, seguir las prescripciones profesionales, adoptar estilos de vida saludables y hacer un uso responsable y solidario de los servicios de salud son algunas de las responsabilidades o deberes de los pacientes (Navarro Rubio, Muñiz y Jovell, 2008). Este hecho es imprescindible para mejorar la calidad asistencial y reforzar la confianza en las instituciones y en los profesionales sanitarios; pero también lo es para considerar el valor que adquiere la experiencia del paciente en su vivencia personal de la enfermedad. Esto implica una mayor educación cívica de pacientes y ciudadanos, así como la mejora de la calidad de la información que reciben los pacientes, además del incremento de sus capacidades y habilidades en relación con la gestión de la enfermedad.

La aparición de este nuevo modelo de paciente más activo no ha ido acompañado de un aumento general de la alfabetización sanitaria, también llamada *health literacy*, de la población. De esta forma, los ciudadanos perciben la asimetría de información y conocimiento respecto a los profesionales como un elemento que dificulta su participación en los procesos de toma de decisiones que afectan a su salud. La alfabetización en salud o la adquisición de competencias y habilidades en salud es un elemento que contribuye a una

mayor participación de los pacientes y de la población en general en las decisiones de salud que les afectan. Esta característica del nuevo modelo de paciente puede ser desarrollada y adquirida a través de intervenciones educativas o de formación e investigación.

Junto con los pacientes, los familiares que actúan como cuidadores principales son también elementos clave a la hora de formar y formarse en habilidades de autocuidado o de participación en la toma de decisiones. La formación de los pacientes y de sus familiares cuidadores tiene como finalidad aumentar la denominada alfabetización sanitaria, orientada al incremento de las competencias y habilidades de salud. Un nivel bajo de competencias implica peor percepción del estado de salud, menor adherencia terapéutica, mayor utilización de los servicios y mayor coste de la asistencia sanitaria (Nielsen-Bohlman, Panzer y Kindig, 2004).

La comunicación y la transmisión de información, bien sea en su forma oral o escrita, cuenta con un impacto importante sobre la mejora de la atención sanitaria. Así, la alfabetización en salud se ha definido como la capacidad de las personas para obtener, procesar y entender la información básica sobre la salud y los servicios sanitarios que se necesitan para tomar decisiones apropiadas (www.hsph.harvard.edu/healthliteracy). Situaciones como el incumplimiento terapéutico de los enfermos crónicos en atención primaria, el control inadecuado de los pacientes polimedicados o la elevada prevalencia de estilos de vida poco saludables pueden ser ejemplos de situaciones en las que influye el bajo nivel de alfabetización en salud, entre otros aspectos.

En este sentido es necesario desarrollar estrategias de información y documentación que garanticen la accesibilidad a contenidos de salud de calidad acreditada en un lenguaje comprensible, además de promover la mejora de las capacidades y habilidades de los pacientes, familiares y cuidadores mediante la identificación y formación de competencias específicas. Es preciso, también, realizar investigación social y sanitaria que permita explorar aspectos relacionados con el hecho de ser paciente, evaluar el impacto y las consecuencias emocionales y sociales de la enfermedad, y valorar la percepción y la experiencia de los usuarios y pacientes respecto a los servicios sanitarios.

Este nuevo modelo de paciente más activo hace necesario disponer de estrategias de información y de incorporación de nuevas tecnologías que, junto con actividades de formación e investigación, favorezcan un mayor conocimiento del paciente sobre el abordaje de su enfermedad, a la vez que garanticen su correcta participación en el proceso de toma de decisiones. Los cambios descritos permiten pensar que en los próximos años se producirá una mayor masa crítica de pacientes que no solo accederán a una mejor información sobre las innovaciones diagnósticas y terapéuticas, sino que tendrán también un mayor conocimiento sobre las condiciones clínicas que les afectan. Esta transición desde el paciente invisible e ignorado al paciente informado y formado alcanza su mayor auge con el desarrollo de estrategias específicas de educación que determinan la condición de «paciente experto». Algunos ejemplos los constituyen el programa «Paciente Experto en Enfermedades Crónicas» de la Universidad

de Stanford, en Estados Unidos, el programa de «Paciente Experto» del National Health Service británico o el del Institut Català de la Salut (ICS). Otros ejemplos que aglutinan estas iniciativas y actividades son los de la European Patient's Academy on Therapeutic Innovation (www.patientsacademy.eu), la Universidad de los Pacientes (Universidad Autónoma de Barcelona) (www.universidaddepacientes.org) o la Red de Escuelas de Pacientes del Ministerio de Sanidad e Igualdad (www.escoladepacientes.es), entre otras iniciativas. Estas experiencias se sitúan en el ámbito de competencias y acciones comunes entre los agentes del sistema sanitario: Administración, universidad, colegios profesionales, sociedades científicas, empresas y asociaciones de pacientes.

Más recientemente, el Instituto Albert J. Jovell de Salud Pública y Pacientes (Universitat Internacional de Catalunya) ha apostado por dar un paso más e incorporar a pacientes, profesionales y estudiantes universitarios en los ámbitos de las ciencias de la salud para que, conjuntamente, participen en la mejora del papel que ejercen los diferentes actores del sistema sanitario (incluidos los pacientes) y conseguir la tan deseada calidad asistencial tomando al paciente, realmente, como eje central del sistema.

IV. EL PACIENTE DEL FUTURO

En resumen, un sistema basado en los pacientes debería cumplir los siguientes criterios básicos: representación y satisfacción de expectativas. El criterio de representación requiere la participación de los pacientes en los órganos de gobierno de las administraciones e instituciones sani-

tarias y en la elaboración de las políticas públicas. Para eso, hay que formarse.

La satisfacción de las expectativas de los pacientes supone la materialización del contrato social implícito entre profesión médica y sociedad. Las expectativas de los pacientes exigen una orientación de la atención sanitaria centrada en encontrar la forma más adecuada de responder a sus necesidades. Entre estas destacan: una mejor coordinación entre niveles asistenciales y la preparación de los profesionales sanitarios para atender las necesidades globales que los pacientes pueden presentar. También es importante valorar las ventajas atribuibles a un paciente informado con respecto al autocuidado y a aportar mejoras en la provisión de los servicios sanitarios (Jovell, 2005). Pero para eso también hay que formarse.

NOTAS

(*) Texto en parte adaptado de diferentes escritos y publicaciones de Albert J. Jovell, *in memoriam*.

(1) En concreto, GEPAC (Grupo Español de Pacientes con Cáncer) ha organizado ya su tercer congreso agrupando a más de tres mil personas entre pacientes, familiares, voluntarios y profesionales sanitarios.

BIBLIOGRAFÍA

- BECK, F.; RICHARD, J.B.; NGUYEN-THANH, V.; MONTAGNI, I.; PARIZOT, I., y RENAHY, E. (2014), «Use of the internet as a health information resource among French young adults: results from a nationally representative survey», *Journal of Medical Internet Research*, 16: e128.
- BOOTE, J.; BAIRD, W., y BEECROFT, C. (2010), «Public involvement at the design stage of primary health research: a narrative review of case examples», *Health Policy*, 95: 10-23.
- EYSENBACH, G. (2000), «Consumer health informatics», *British Medical Journal*, 320: 1713-1716.

www.hsph.harvard.edu/healthliteracy.

<p>INE (2014), «El comercio electrónico y el uso de las nuevas tecnologías». <i>Boletín informativo del Instituto Nacional de Estadística</i>, enero.</p> <p>JOVELL, A.J. (2005), «La participación ciudadana en la gestión sanitaria», <i>Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios</i>, vol. 6, monográfico 2, diciembre.</p> <p>— (2006), «Pacientes con voz propia». <i>Bioètica & debat</i> (Institut Borja de Bioètica, Universitat Ramon Llull), abril-junio, año XII, núm. 44.</p> <p>JOVELL, A.J., y NAVARRO-RUBIO, M.D. (2006), «El paciente existe, luego no lo ignores», <i>FMC</i>, 13: 73-77.</p>	<p>— (2008), «La voz de los pacientes ha de ser escuchada». Informe SESPAS. <i>Gaceta Sanitaria</i>, 22(1): 192-197.</p> <p>JOVELL, A.J.; NAVARRO-RUBIO, M.D.; FERNÁNDEZ MALDONADO, L., y BLANCAFORT, S. (2006), «Nuevo rol del paciente en el sistema sanitario», <i>Atención Primaria</i>, 38: 234-237.</p> <p>MANVILLE, B., y OBER, J. (2003), «Beyond empowerment: building a company of citizenship», <i>Harvard Business Review</i>, January: 48-53.</p> <p>NAVARRO RUBIO, M.D.; GABRIELE MUÑIZ, G., y JOVELL FERNÁNDEZ, A.J. (2008), «Los derechos del paciente en perspectiva», <i>Atención Primaria</i>, 40: 367-369.</p>	<p>NICKLIN, W. (2003), «Patient safety: Springboard to nursing accountability», <i>Nursing Leadership</i>, 16: 66-68.</p> <p>NIELSEN-BOHLMAN, L.; PANZER, A.M., y KINDIG, D.A. (Eds.) (2004), <i>Health literacy: A prescription to end confusion</i>, Institute of Medicine of the National Academies and the National Academies Press, Washington, DC.</p> <p>WESTFALL, J., y STEVENSON, J. (2007), «A guided tour of community-based participatory research: an annotated bibliography. From the North American Primary Care Research Group», <i>Annals of Family Medicine</i>, 5: 185-186.</p>
---	--	--

COLABORACIONES

VI.
FUERZA LABORAL SANITARIA

Resumen

La educación interprofesional (EIP) ahorra recursos cuando se orienta a reforzar la atención primaria, prevenir o retrasar los ingresos hospitalarios, mejorar el tratamiento clínico, agilizar la planificación de las altas, coordinar los cuidados ambulatorios, reducir los errores y/o distribuir el personal de forma óptima al tiempo que mejora la experiencia del paciente y los resultados de salud. La inversión en sistemas de educación y formación constituye un requisito previo esencial para la consecución de estos beneficios, si bien la EIP es susceptible de adoptar múltiples formas —antes o después de la licenciatura universitaria, o en el lugar de trabajo— y presentar una gran disparidad de costes.

Palabras clave: costes, beneficios, educación interprofesional, práctica colaborativa.

Abstract

Interprofessional education (IPE) saves resources when it is designed to strengthen primary care, obviate or delay hospital admission, improve treatment, expedite discharge planning, coordinate after care, reduce error and/or deploy the workforce optimally while enhancing patient experience and outcomes. Investment in education and training systems is essential before these benefits will follow, but IPE takes many forms, before and after qualifying in the university and the workplace, varying markedly in cost.

Key words: costs, benefits, interprofessional education, collaborative practice.

JEL classification: I15, I25, O15.

LA EDUCACIÓN INTERPROFESIONAL: UNA VISIÓN ECONÓMICA

Hugh BARR

*Profesor emérito de Educación Interprofesional, University of Westminster (Reino Unido);
Presidente del UK Centre for the Advancement of Interprofessional Education*

Juan José BEUNZA

Profesor Titular de Salud Pública y Educación Interprofesional y Director de Programa de Educación Interprofesional y Práctica Colaborativa, Facultad de Ciencias Biomédicas de la Universidad Europea de Madrid (España)

Educación interprofesional: «Cualquier tipo de sesión en la que dos o más profesiones aprenden interactivamente, como medio para cultivar una práctica colaborativa y mejorar la atención clínica de los pacientes».

CAIPE, 2002

I. INTRODUCCIÓN

La educación interprofesional (EIP) se orienta a mejorar la salud del paciente y la asistencia social con el fin de aumentar los niveles de bienestar de individuos, familias y colectividades. Además, los resultados pueden ayudar a reducir los costes de prestación de los servicios sanitarios. Algunas evaluaciones sobre EIP, entre ellas algunas de las aquí citadas, pueden dejar entrever ahorros. Sin embargo, demostrar que se han ahorrado recursos resulta una tarea ardua, en la medida en que los dividendos tienen carácter a largo plazo e intervienen otras variables.

La inversión que requiere la EIP puede ir desde lo infinitesimal hasta lo sustancial dependiendo de su horizonte temporal, localización y nivel. También han de tenerse en cuenta los costes añadidos que surgen cuando se pretende remodelar el programa curricular de cursos profesionales para integrar en él la EIP. Por ejemplo, el potencial ahorro al in-

troducir la formación con un grupo grande podría verse anulado más tarde, pero carecemos de datos para llevar a cabo un análisis coste/beneficio. Solo conocemos la existencia de un estudio sobre EIP, en el cual Hansen *et al.* (2009) compararon dos plantas de pediatría en Dinamarca, sin encontrar diferencias significativas en costes y beneficios entre la que incorporaba un aula de formación interprofesional y la que no.

En los difíciles tiempos que corren, los formadores interprofesionales podrían ser reacios a hablar de dinero por miedo a atraer el foco sobre el coste de unas intervenciones en EIP que son relativamente costosas. Cuanto más tiempo persistan las restricciones económicas del gasto público, menos sostenible se volverá esa postura. Los costes —y los beneficios— han de ser transparentes. La lógica interprofesional formulada en épocas más boyantes podría tener que revisarse para tener en cuenta las actuales limitaciones económicas en unos países desarrollados ya no tan ricos, así como en los países menos favorecidos, antes de que el impacto de la EIP pueda integrarse en estrategias para la salud global (Frenk *et al.*, 2010; IOM, 2013).

Tras someter la EIP a observación con un prisma económico,

en el presente capítulo distinguimos entre el coste de las diferentes clases y sugerimos de qué modo la clase de EIP más costosa puede ser contenida o reducida. Nos replanteamos los argumentos a favor de la EIP propuestos en sucesivos informes, citando ejemplos que prometen no solo mejorar la experiencia del paciente sino, además, reducir los costes asociados al uso y prestación de los servicios.

II. CLASES DE EIP Y SU IMPACTO

La EIP puede ser previa o posterior a la licenciatura. Las diferencias dentro de cada categoría son tan grandes como las que existen entre una categoría y otra. La EIP previa a la cualificación puede realizarse en el aula o durante una práctica en empresa, afectar a unas pocas o a una multitud de profesiones que empleen uno o varios métodos de aprendizaje interactivo en todas o alguna de las fases de sus títulos profesionales. Elementos interprofesionales discretos pueden introducirse con un coste relativamente bajo en los cursos profesionales previos a la cualificación (en el aula o en la práctica en empresa). Los costes aumentan cuando dichos elementos se albergan dentro de estos cursos, dados los requisitos en términos de tiempo de negociación, planificación, seguimiento y gestión que ello conlleva.

La evidencia empírica confirma que la EIP previa a la cualificación, bien planificada y ejecutada, consigue alcanzar los objetivos iniciales pretendidos, es decir, establecer unas bases comunes de conocimientos y modificar las actitudes y percepciones recíprocas. Las mismas fuentes confirman que la EIP posterior a

la cualificación puede, asimismo —y, de nuevo, sujeto a una buena planificación y ejecución—, alterar las prácticas y producir un impacto en la experiencia del paciente (Barr *et al.*, 2005; Hammick *et al.*, 2007) (1). La primera coloca los cimientos para la segunda.

¿Puede ser suficiente una única inyección de EIP de «alta potencia», con o sin nuevos refuerzos? ¿Puede la EIP ser igual de efectiva cuando es breve y discreta que cuando recorre de principio a fin el aprendizaje profesional? No disponemos de suficiente evidencia empírica para confirmar que una inversión adicional en EIP aporte dividendos adicionales. Hasta la fecha, el número de evaluaciones sobre EIP que cumplen los criterios de inclusión en revisiones sistemáticas es demasiado escaso para discernir algo en este sentido.

Recientes estudios realizados en Reino Unido revelaron que la EIP previa a la cualificación dependía del contexto. Su forma y su contenido se veían influidos por las oportunidades y limitaciones presentes en cada caso, incluida la disposición de las universidades anfitrionas a asignar tiempo y recursos, reorientar los cursos profesionales para dar cabida en ellos a la enseñanza y el aprendizaje interprofesional, y ceder parte del programa curricular profesional para hacerlo interprofesional (Barr *et al.*, 2014).

La EIP posterior a la cualificación es aún más variada. Puede ser implícita o explícita, desarrollarse durante el trabajo diario, en reuniones de equipo, módulos de formación, actividades fuera de la empresa, etcétera, o bien durante programas universitarios de posgrado, máster o doctorado.

III. CONTENCIÓN DE COSTES EN EIP

Todas las nuevas estrategias educativas requieren una inversión en planificación y pilotaje. Ese es también, y en mayor medida si cabe, el caso de la EIP, dados sus múltiples grupos de interés (*stakeholders*), cuyas distintas percepciones y expectativas costará tiempo reconciliar antes de que pueda asegurarse la colaboración. Aunque la frecuencia de las reuniones tiende a disminuir una vez que la EIP entra en funcionamiento, sigue siendo necesaria una permanente maquinaria colaborativa.

Las limitaciones en los presupuestos de las universidades respaldan la ventaja de juntar a estudiantes pertenecientes a distintas profesiones en grandes aulas para compartir programas curriculares y sesiones didácticas comunes. No obstante, las profesiones pueden mostrar rechazo a la imposición precipitada e indiscriminada de clases conjuntas, por temor a ver sus identidades distintivas menoscabadas y sus conocimientos especializados diluidos. Los formadores interprofesionales, en tal caso, podrían temer que las profesiones no prestasen su apoyo, con lo que los principios de la EIP de refuerzo y respeto mutuo (Barr y Low, 2012) quedarían amenazados.

Es muy posible que, con el debido tiempo para que florezca la confianza, el claustro de los diferentes programas profesionales otorgue su aprobación a combinar clases cuando la superposición de las necesidades de aprendizaje resulte evidente. Ahora bien, las evidencias confirman la necesidad de realizar una EIP interactiva (tal como reza su definición) en pequeños grupos antes de que pueda surgir una

comprensión mejorada entre las distintas profesiones. Existe la posibilidad de encontrar una solución de compromiso, en la que se combinen algunas sesiones con grupos grandes, relativamente asequibles, con otras en grupos reducidos, relativamente caras. El coste del aprendizaje en grupos reducidos puede acotarse seleccionando a estudiantes para que actúen como facilitadores con el apoyo de sus profesores. Los estudiantes del último año, bien versados para entonces en el aprendizaje interprofesional, pueden ser invitados a dirigir grupos formados por estudiantes de los primeros cursos.

Al ponerse las bases de la EIP, imperó la idea de que la educación interprofesional debía quedar restringida en su ámbito a la formación profesional, evitando inmiscuirse en los currículums profesionales prefijados. Por ejemplo, la EIP se programó para las mañanas de los sábados, o bien durante prácticas en empresas donde, se suponía, las oportunidades para observar y conocer a miembros de otras profesiones brotarían de forma natural. Tal vez así sea, pero los estudiantes se las tuvieron que apañar como pudieron para conciliar, de un lado, lo aprendido dentro de la enseñanza profesional en la universidad y, de otro, las enseñanzas recibidas durante el aprendizaje interprofesional en las prácticas. Tampoco resultaba fácil encontrar suficientes empresas con culturas colaborativas, por lo que los profesores se vieron obligados a simular en el aula todo o parte del aprendizaje interprofesional de la práctica (Barr *et al.*, 2014).

El *e-learning* o enseñanza *online* ha sido ampliamente alabado en el ámbito de la EIP por sus ventajas para mejorar la formación y

ahorrar recursos. Con él, los estudiantes pueden cursar el aprendizaje cuando más les conviene con el apoyo a distancia de sus profesores y sin «interferir» en los estudios específicos de su profesión. El argumento es seductor; la evidencia, sin embargo, aconseja prudencia. El *e-learning* puede resultar más eficaz si se integra en una «formación mixta» que incluya, además, tutorías presenciales con los profesores y los compañeros (Barr *et al.*, 2014).

Los costes asociados a la EIP pueden acotarse y, en ocasiones, reducirse. La inversión —ya sea grande o pequeña— se recupera, junto con intereses, cuando el resultado es un cuidado de los pacientes no solo mejor, también más asequible.

IV. PROMOCIÓN DE LA EIP EN EL ÁMBITO LOCAL, NACIONAL E INTERNACIONAL

Los proyectos en EIP lanzados de forma pionera a nivel local atraen la atención a escala nacional e internacional. La OMS actuó con diligencia recopilando ejemplos, primero en Europa (D'Ivernois y Vodratski, 1988) y luego en todo el mundo (OMS, 1988). Algunos gobiernos nacionales, sobre todo de países pequeños y pobres, siguieron los ejemplos propuestos por la OMS. Otros, como Noruega y Reino Unido, invocaron el aprendizaje común sin hacer referencia a experiencias previas con la EIP. En Canadá, el Gobierno federal tomó nota de dicha experiencia en otros países. Más recientemente, ese fue también el caso de Estados Unidos, en colaboración con las profesiones y el apoyo decidido de importantes fundaciones sin ánimo de lucro. Cuanto más tiempo tarde

un gobierno en abordar este tema, más probable es que sus políticas de EIP hundan sus raíces en la experiencia y la evidencia empírica. No obstante, siguen existiendo muchos países cuyos gobiernos u otras instituciones nacionales aún tienen pendiente abordar la asignatura de la educación interprofesional.

Sucesivos informes de la OMS han ponderado la utilidad de la EIP como herramienta para mejorar la satisfacción en el trabajo, mejorar la consideración pública de los equipos sanitarios y alentar una respuesta holística de las necesidades de los pacientes (OMS, 1973) en pos del objetivo de «salud para todos» (OMS, 1978). El primero de los dos grupos de trabajo expertos de la OMS se basó en la experiencia de sus miembros. La EIP —sostenían— no era un fin en sí mismo, sino un medio para garantizar que diferentes tipos de personal sanitario pudieran trabajar juntos para satisfacer las necesidades clínicas de los pacientes (OMS, 1988). El segundo grupo, urgido por los funcionarios de la OMS para dar respuesta a las prioridades de la organización, declaró que la EIP promovía una práctica colaborativa eficaz que, a su vez, optimizaba los servicios sanitarios, reforzaba los sistemas de salud y mejoraba los resultados de salud de los pacientes. Para ello citaba como argumento evidencias, si bien selectivas, de que la práctica colaborativa reducía los ingresos en hospitales, la estancia media del paciente, la rotación del personal y los errores clínicos, entre otros (OMS, 2010).

La Independent Lancet Commission afirmó que la educación profesional se había quedado obsoleta para alcanzar sus objetivos. Declaró que debía dar respuesta a las cambiantes nece-

sidades de la fuerza de trabajo, y que la complacencia solo perpetuaría los ineficaces enfoques del siglo xx, que resultaban anticuados para abordar los retos del siglo xxi. El aprendizaje había de ser transformador. La educación interdependiente entre profesiones debía basarse en competencias y orientarse a los resultados (Frenk et al., 2010). El Institute of Medicine argumentó que la EIP debía servir para alcanzar mejores resultados en los pacientes, mejoras de salud y unos sistemas educativos y sanitarios más eficientes y asequibles (IOM, 2013).

Aludiendo al grupo de trabajo de la OMS en 2010 y a la revisión de Lancet en 2011, la OMS, en su primera revisión de la formación de las profesiones sanitarias (OMS, 2013), buscó «suscitar el diálogo [...] para abordar los retos que afrontan los profesionales sanitarios y contribuir a una nueva era en cuanto a la regulación y ordenación de las profesiones sanitarias».

V. SEIS RETOS

En el resto de este capítulo nos centraremos en varias formas en que la EIP puede ayudar a alcanzar una o varias de las expectativas y promover ahorros en educación, prácticas sanitarias o ambos.

1. Promoviendo el trabajo en equipo

El trabajo interprofesional apoya el despliegue costoefectivo del personal. Las barreras entre las diversas profesiones se vuelven flexibles a medida que los miembros del equipo desarrollan confianza entre sí. Pueden asumir tareas en nombre del otro, incluyendo el desvío de pacientes

desde los trabajadores con mayor salario a los de menos. Los miembros pueden modificar, modular, posponer o suprimir intervenciones para complementar a las de otros miembros, todo ello de forma congruente con los planes de tratamiento convenidos por el equipo (Reeves et al., 2010).

Pero el trabajo en equipo también comporta costes: las reuniones pueden prolongarse en el tiempo; las discusiones de casos pueden revelar nuevas necesidades desde perspectivas adicionales que hagan necesarias más intervenciones, o intervenciones más intensivas, a cargo de otras profesiones; los requerimientos de tiempo adicionales pueden amortizarse más tarde, pero también puede suceder lo contrario, especialmente durante el cuidado a largo plazo de la frágil población de personas mayores, cada vez más numerosa.

El primero de los siguientes dos ejemplos ilustra de qué forma un equipo de atención primaria abordó su propio desarrollo desde sus puestos de trabajo:

Las reuniones semanales del Primary Care Team (PCT) en Kinsale, en la República de Irlanda, se venían celebrando desde 2008 para debatir la gestión multidisciplinar de los pacientes. En 2011 el equipo decidió que, si bien compartir sus conocimientos mejoraba su capacidad en tanto que miembros del equipo para resolver problemas sociales y médicos complejos, el aprendizaje informal de los demás tenía carácter oportunista y era poco sistemático. Por ello exploraron la posibilidad de formalizar su aprendizaje a través de una EIP dedicada. Siguiendo una revisión de la literatura y reuniones de grupos de discusión, el equipo decidió seguir adelante, siendo no obstante conscientes de las dificultades potenciales. La planificación de la EIP implicó a todos los miembros del equipo en cada fase del proceso de diseño y

en la implementación, apoyándose en asesoramiento externo.

La meta era organizar y articular una EIP continua para el equipo, con la pretensión de alcanzar los siguientes objetivos:

— *diseñar reuniones interprofesionales periódicas que fueran relevantes y productivas para el equipo;*

— *mejorar la comprensión del papel que desempeñaba cada uno de sus miembros;*

— *mejorar el conocimiento y las habilidades sobre temas relacionados con la atención primaria por los miembros del equipo;*

— *colaborar con otros proveedores de servicios sanitarios en la comunidad.*

El contenido debía centrarse en el paciente, resultar apropiado para todos y tener relevancia inmediata. Incluyó la gestión de la atención primaria para enfermos con demencia, enfermedad motora neuronal y problemas mentales en adolescentes, así como la protección de datos.

Las reuniones educativas mensuales comenzaron en 2011 y se desarrollaron en el hospital público local. De media asistieron veinte personas: ocho médicos, cuatro enfermeras/os de salud pública (comunidad/distrito), dos fisioterapeutas, un logopeda, un psicólogo, un nutricionista, un terapeuta ocupacional y dos enfermeras/os especializadas/os. Ocasionalmente, también asistieron miembros del hospital público.

El Proyecto se evaluó después de tres meses, utilizando un grupo de discusión y un cuestionario anónimo. Las respuestas recibidas fueron abrumadoramente positivas. Los principales temas que aparecieron incluían el valor del trabajo en un equipo integrado, la sensación de mayor autoestima, el mayor respeto hacia los otros profesionales y las ventajas para pacientes concretos. El PCT fue distinguido con el galardón Irish Medical Times Irish Healthcare Award por este proyecto.

(Foley, 2012)

El segundo ejemplo ilustra de qué manera se está implantando la habilidad para trabajar en equipo en un curso médico de grado:

El innovador programa de educación «Formación Interprofesional» se lanzó en la Facultad de Ciencias Biomédicas en la Universidad Europea (Laureate Universities) de Madrid. Su enfoque no recae tanto en desarrollar situaciones de trabajo en equipo ideales (que son escasas), sino en desarrollar competencias individuales respecto al trabajo en equipo y la comunicación, que permitan a los alumnos desenvolverse en situaciones tanto ideales como difíciles en términos de trabajo interprofesional. Mediante juegos de rol, películas y docenas de casos reales, se aplican técnicas propias de las escuelas de negocios para resolución de conflictos, gestión de las emociones, modelos de autoridad, toma de decisiones conjunta, roles, estatus y autonomía, utilizando las bases del Program on Negotiation (PON) de la Universidad de Harvard (Fisher 2005). El objetivo final consiste en promover la práctica colaborativa en entornos complejos y rápidamente cambiantes.

(Beunza, 2013)

2. Reforzando el cuidado de los pacientes en la comunidad

La EIP se ha impulsado en muchos países para ayudar a poner en marcha las políticas de atención primaria y comunitaria urgidas por la OMS (1978). La colaboración interprofesional, según se desprende de la evidencia empírica (OMS, 2012), puede propiciar un cuidado más efectivo que retrase o, mejor aún, evite el ingreso hospitalario, y acelere la planificación de las altas ayudando a reducir el tiempo de estancia media del paciente en el hospital.

Pero estos no son los únicos ahorros potenciales. Se han

cerrado unas instituciones sanitarias desgastadas por el uso y obsoletas a medida que los pacientes de larga duración con enfermedades mentales o dificultades de aprendizaje iban siendo dados de alta y remitidos a los equipos de cuidado interprofesional basados en la comunidad. Las instalaciones y dependencias liberadas se pusieron en el mercado inmobiliario, generando capital susceptible de reinvertirse en servicios para la comunidad.

El College of Health Science en la Universidad de Moi en Kenia tiene por objetivo formar profesionales sanitarios competentes y prácticos con vistas a prestar asistencia de calidad, costeefectiva y universal a la población desatendida, principalmente en zonas rurales. El aprendizaje interprofesional permitió a los estudiantes aprender técnicas de integración en la comunidad, diagnósticos comunitarios y evaluaciones nutricionales basadas en la comunidad, así como participar en actividades en el centro de salud y de extensión. El aprendizaje era interactivo, centrado en problemas y poliédrico, cubriendo los siguientes temas: organización de la comunidad y sus recursos; métodos de investigación; principios de epidemiología; demografía y bioestadística; sistemas sanitarios en Kenia; atención primaria; y factores que afectan a la evaluación del estatus nutricional en una comunidad. El curso interprofesional fue incluido en el segundo año de los programas para los estudiantes universitarios de medicina, odontología, enfermería, terapia física y psicología médica. La evaluación concluyó que el aprendizaje promovía el concepto de ciudadanía responsable y la salud de familias y comunidades.

(Mining, 2014)

3. Integrandos el cuidado

La implementación de estrategias de cuidado de los pacientes en la comunidad puede verse

obstaculizada por la división entre servicios sanitarios administrados a escala nacional y servicios de atención social administrados a escala local, como sucede en Reino Unido, lo que provoca duplicidades y solapamientos. A lo largo de los años, Reino Unido ha realizado sucesivos intentos para resolver este problema mediante la planificación y la financiación conjunta, aunque dichos esfuerzos no han abordado las diferencias subyacentes en cuanto a cultura y gobierno. Las estrategias piloto de cuidado integrado que están introduciéndose en determinadas localizaciones están impulsadas por el mismo objetivo dual que las implantadas para el cuidado de los pacientes en la comunidad: conseguir una atención mejor y más asequible, al reducir los ingresos en los hospitales y la duración de la estancia de los pacientes, acelerando así la planificación de su alta hospitalaria.

En teoría, la EIP, sobre todo la basada en el puesto de trabajo, desempeña un papel indispensable en involucrar a los trabajadores y ayudarles a entender los cambios a los que se enfrentan y sopesar las implicaciones que ello tiene para su profesión en relación con las otras. En la práctica, los responsables de las decisiones recurren demasiado a menudo a soluciones estructurales, prestando insuficiente atención al estrés generado entre las profesiones de cuya colaboración depende el éxito en la implementación. El estrés suscita reacciones defensivas asociadas a la percepción de una reformulación de fronteras, redefinición de papeles, puesta en entredicho de los puestos de trabajo y redistribución del poder entre las profesiones. La ansiedad subyacente puede aliviarse si se comparte, al tiempo que las profesiones logran definir un punto de encuentro desde el que esta-

blecer nuevas formas para trabajar conjuntamente.

Cada disciplina sanitaria en la Universidad de Filipinas en Manila contaba con su propio colegio, su propio punto para inmersión en la comunidad y sus propias directrices para el aprendizaje de los estudiantes durante su práctica. El trabajo interprofesional se había articulado como un principio guía para todos, pero con frecuencia los pacientes eran gestionados en paralelo por diferentes profesiones al mismo tiempo, con ausencia de coordinación ni comunicación entre sí. Los pacientes y sus familias acababan sintiendo fatiga cuando diferentes grupos de estudiantes les visitaban varias veces en un mismo día o una misma semana. Además, la evaluación puso de manifiesto falta de entendimiento y tensiones entre los estudiantes procedentes de las distintas profesiones.

Tras una revisión de la literatura internacional, el claustro se reunió para planificar un programa interprofesional para estudiantes que compartiesen una práctica en la comunidad con pacientes identificados y sus familias, trabajando con directrices comunes incluidas en la orientación que se impartía a los estudiantes antes de iniciar su práctica. Cada profesión podía recomendar un paciente como candidato para la práctica colaborativa, que se regiría por las directrices. El estudiante que primero atendía a dicho paciente o a su familia comentaba el caso, bajo la tutela de un profesor, con el resto de estudiantes de otras profesiones. A continuación, como equipo, analizaban los problemas del paciente y la familia, formulaban objetivos para ellos y posibles intervenciones antes de asignar roles. Entonces el equipo seleccionaba a uno de entre una serie de pacientes o familias para su inclusión en el programa como su caso de estudio, obteniendo consentimientos informados, trabajando en aras de los objetivos convenidos, reuniéndose periódicamente y llevando un control del progreso. La evaluación reveló que los estudiantes que participaron en el programa comprendían mejor la forma en que otras profesio-

nes enfocaban la resolución de problemas y se complementaban entre sí en búsqueda del objetivo común.

(Paterno et al., 2014)

El proyecto de extensión «Family Health League» en Ceará (Brasil) trata de integrar una asignatura de atención comunitaria dentro del Sistema Nacional de Salud, partiendo de la perspectiva de gestión comunicativa y participativa. Algunos de los retos que busca responder dicho proyecto son: reducir la brecha cultural entre los trabajadores sanitarios y la población atendida; un cambio de paradigma desde una colaboración individual a otra colectiva; y la superación de estilos de gestión autoritarios. Uno de los programas pedagógicos desarrollados combinará la cultura popular local con contenido técnico sobre salud, aunando teoría y práctica y con la mediación de equipos interprofesionales y multiprofesionales compuestos por estudiantes, profesionales en ejercicio y académicos. Las profesiones involucradas en los grupos serán médicos, enfermeras/os, dentistas, trabajadores sociales, educadores, asistentes de enfermería, agentes de salud y líderes de la comunidad. El objetivo es adaptar la atención sanitaria a la realidad social y a las necesidades locales de la población.

(Cuhna et al., 2012)

4. Redistribuyendo al personal

Los gobiernos han promovido el «aprendizaje común» o los «currículos transversales» en los cursos sobre salud y asistencia social previos a la cualificación con el fin de impulsar los resultados basados en competencias compartidas. Con ello se pretende contribuir a un despliegue flexible del personal en respuesta a la demanda y a las exigencias de desarrollo profesional, aliviando la necesidad de educación profesional adicional. El argumento se

amplió para incluir dicha educación en las nuevas profesiones (por ejemplo, asistentes clínicos), obviando de ese modo la necesidad de diseñar e impartir programas separados, como en Reino Unido (DH, 2000, 2001 y 2004) y Noruega (NOU, 1972 y 1986).

Varios programas en España pretenden ofrecer formación común para todas las profesiones sanitarias. Un ejemplo son las Unidades Docentes Multiprofesionales (UDM). En 2011, había 30 UDM certificadas en Madrid en las áreas de pediatría (13), salud mental (9), atención primaria (7) y gerontología (1). Otras regiones también han creado sus propias unidades, como la Unidad de Formación en Atención Primaria de Cantabria.

(RD 183/2008, BOE de 21 de febrero)
(Estrategia Atención Primaria 2012-2015, Servicio Cántabro de Salud)

Estrictamente, dichos programas pueden describirse como multiprofesionales más que como interprofesionales. Pueden surgir problemas cuando los dos tipos se combinan para dar lugar no solo a una fuerza de trabajo más flexible, también más colaborativa. El aprendizaje interactivo para valorar y comprender al otro se ve entonces puesto en riesgo, y la docencia en grupos pequeños queda menoscabada. Es comprensible que las profesiones sientan temor a que el respeto por sus identidades distintivas y sus conocimientos especializados se vean devaluados, amonados o diluidos. Dicho problema se exagera cuando los argumentos permiten inferir que la especialización es una práctica restrictiva motivada por el autointerés colectivo, en lugar de por las necesidades de los pacientes. La EIP y el aprendizaje común son incómodos compañeros de viaje. Ahora bien, en muchos países persisten

las presiones para que se reestructure la fuerza de trabajo a través de la EIP, cultivando al mismo tiempo la práctica colaborativa entre las profesiones con límites más o menos estables entre ellas.

5. Seguridad del paciente

Por mucho que el argumento de un despliegue más flexible del personal revista atractivo, entra en conflicto con el de garantizar la existencia de las competencias necesarias para garantizar la seguridad de los pacientes, en el marco de la regulación y la ordenación de las profesiones sanitarias. Las presiones, tras importantes informes en Estados Unidos (Kohn *et al.*, 2000), Reino Unido (Kennedy, 2001; Frances, 2013) y España (Aranaz, 2006), para abordar la seguridad de los pacientes durante la EIP ratifica la necesidad de respetar y reforzar los roles y conocimientos de cada profesión. No solo es fundamental la seguridad de los pacientes, sino que reducir los errores también redujo las demandas legales y costosas indemnizaciones.

La OMS ha publicado la *Guía Curricular Multiprofesional sobre Seguridad del Paciente* con el fin de ser utilizada de forma flexible, en parte o en su totalidad, en los programas curriculares existentes de la formación de grado y de posgrado de los futuros profesionales sanitarios. Estructurada en temas, abarca diferentes enfoques educativos. La Parte A ofrece apoyo práctico y orientación para los docentes sobre la manera de impartir los once temas sobre seguridad del paciente que se describen en la Parte B. La Guía puede ayudar a introducir la seguridad del paciente en la educación interprofesional (OMS, 2011).

Noruega fue uno de los primeros países en introducir la enseñanza con casos simulados en la EIP para mejorar la seguridad del paciente. Cuatro equipos, cada uno de ellos compuestos por un médico, un/a enfermero/a y un estudiante intensivo de enfermería, fueron confrontados con escenarios de simulación basados en relatos recopilados a partir de las experiencias de los estudiantes con eventos adversos en transfusión de sangre, reanimación en caso de parada cardiopulmonar, gestión de catéteres venosos centrales y administración de fármacos. Se presentaron breves vídeos para cada uno de estos temas (después de ser ensayados con otros estudiantes de medicina y enfermería). A continuación se expuso a los equipos de estudiantes a una formación por simulación basada en los vídeos, seguida por una discusión sobre su propia comunicación, cooperación y liderazgo, lo que fue objeto de posterior visionado para contribuir a la reflexión. Las respuestas recabadas de los grupos de discusión complacieron a los estudiantes y les dejaron con ganas de seguir recibiendo más formación.

(Kyrkjebø *et al.*, 2006)

6. Promoviendo la salud pública

Se ha invocado la EIP como medio para preparar a los médicos, enfermeros/as y otros profesionales para que lideren campañas sobre educación en salud, por ejemplo contra el tabaquismo, la obesidad y el sedentarismo, en colegios y escuelas, centros de atención primaria y otras instancias. Implementadas correctamente, dichas campañas mejoran la salud de los individuos y la de la comunidad, reduciendo la frecuencia con que se recurre a los servicios de salud.

La Health Education Authority celebró 18 seminarios de dos días de duración para los equipos dedicados a prestar servicios de atención primaria

en toda Inglaterra. Como mínimo, tres profesionales de cada equipo eran médicos de familia e internos, enfermeros/as, visitadores médicos, gestores, administradores, secretarías y otros. Cada grupo preparó por adelantado su propio proyecto de prevención o promoción de la salud, el cual sería más tarde desarrollado en sus equipos de atención primaria. Los tutores ayudaron a los equipos a establecer sus presupuestos base, localizar el público objetivo, identificar factores inhibidores y coadyuvantes y diseñar medios de evaluación. El aprendizaje tuvo carácter participativo, colaborativo, reflexivo y exploratorio. Se utilizó la técnica de solución de problemas para fomentar el trabajo en equipo. Las reuniones de seguimiento reforzaron la implementación y generaron oportunidades para obtener feedback. El evaluador del programa concluyó que los seminarios habían aportado un marco robusto y flexible, y los participantes agradecieron las oportunidades para revisar la práctica y elaborar planes. La comunicación, el trabajo en equipo y la organización mejoraron, mientras que la asignación de roles y responsabilidades se clarificó.

(Spratley, 1990)

Si bien en los países más ricos el término «salud pública» se tiende a identificar con educación sobre salud y comportamiento individual, en los países más pobres se suele identificar con obras públicas, como, por ejemplo, trabajos para suministrar agua limpia o combatir la contaminación del medio ambiente. La EIP adopta una configuración diferente según cuál sea el perfil de profesionales y no profesionales, incluidos líderes de comunidad, ingenieros y planificadores.

VI. CONCLUSIÓN

Mejorar el cuidado de los pacientes, mejorar la salud y reducir los costes. Mientras que las dos primeras metas formaron parte

de los objetivos para la EIP desde el principio, la tercera se está agregando ahora como respuesta al crecimiento exponencial del coste de la salud, ligado a los avances en medicina, las expectativas de los consumidores y las necesidades de unas poblaciones cada vez más longevas en los países más avanzados, por un lado, y al intento de hacer la salud más asequible en los países desfavorecidos, por otro. Si los países ricos necesitan contener o reducir los costes sanitarios, los países pobres deben invertir más dinero más eficazmente. Ojalá estos últimos no malinterpreten los argumentos procedentes de los países ricos y reduzcan su determinación de invertir más recursos para corregir su déficit en salud.

En el presente trabajo hacemos énfasis en las clases de EIP relativamente económicas, a la vez que sugerimos posibles vías para contener los costes en las modalidades más ambiciosas. Argumentamos que los ahorros más significativos se consiguen reduciendo la demanda de atención sanitaria. Es necesario invertir primero para recoger luego los frutos.

NOTA

(1) Una revisión propuesta bajo los auspicios de Best Evidence Medical Education (BEME) seguirá un procedimiento similar y proporcionará hallazgos más actualizados.

BIBLIOGRAFÍA

- ARANAZ, J.M.; AIBAR, C.; VITALLER, J., y RUIZ, P. (2006), *Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005*. Disponible en: http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar/pdf/recursos/documentos/43_estudio_ENEAS.pdf.
- BARR, H.; HELME, M., y D'AVRAY, L. (2014), *A Review of Interprofessional Education in the United Kingdom: 1997-2013*, CAIPE, Londres (www.caipe.org.uk).
- BARR, H.; KOPPEL, I.; REEVES, S.; HAMMICK, M., y FREETH, D. (2005), *Effective Interprofessional education: argument, assumption & evidence*, Blackwell Publishing, Oxford.

- BARR, H., y LOW, H. (2012), *Interprofessional education in pre-registration courses: A CAIPE guide for commissioners and regulators of education. Appendix*, CAIPE, Londres (www.caipe.org.uk).
- BEUNZA, J.J. (2013), «Conflict resolution techniques applied to interprofessional collaborative practice», *Journal of Interprofessional Care*, 27(2): 110-112.
- CAIPE (2002), *Interprofessional education – a definition* (www.caipe.org.uk).
- CUHNA, I.C.; MONTEIRO DE ANDRADE, L.O.; MELO, A.E.; TAVARES, M.M.; FERREIRA, M.R.; CONDE, L.; BRÍGIDO, W.V.; DE LIMA, C.W.; CORREIA, C.G.; MARQUES, M.M.; MACIEL, M.F.; SALES, L.M., y BARBOSA, M.G. (2012), *Gestão Participativa no SUS e a Integração Ensino, Serviço e Comunidade: a experiência da Liga de Saúde da Família*, Fortaleza, CE1 Saúde Soc. São Paulo, v. 21, supl. 1, pp. 80-93.
- DH (2000), *A Health Service for all the Talents: Developing the NHS workforce*, Department of Health, Londres.
- (2001), *Working together: Learning together*, Department of Health, Londres.
- (2004), *The NHS improvement plan: Putting people at the heart of public services*, The Stationery Office, Londres.
- D'IVERNOIS, J.-F., y VODORATSKI, V. (1988), *Multiprofessional education for health personnel in the European region*, World Health Organization, Copenhagen.
- ESTRATEGIA ATENCIÓN PRIMARIA 2012-2015 (2012), Servicio Cántabro de Salud. Disponible en: <http://sanidad.ugtcantabria.org/wp-content/uploads/Estrategia-AP-2012-2015.pdf> y <http://www.abc.es/agencias/noticia.asp?noticia=1496571>.
- FISHER, R., y SHAPIRO, D. (2005), *Beyond reason: using emotions as you negotiate*, Viking Penguin, Nueva York.
- FOLEY, T. (2012), «Putting 'Sharing is Caring' into Practice *Journal of the ICGP May 2012*», en H. BARR y H. LOW (2013), *Introducing Interprofessional Education*, CAIPE, Londres.
- FRANCIS, R. (2013), *Independent inquiry into care provide by Mid-Staffordshire NHS Foundation Trust. June 2005-March 2009*, vols. 1 y 2, The Stationery Office, Londres.
- FRENK, J.; CHEN, L.; BHUTTA, Z.A.; COHEN, J.; CRISP, N.; EVANS, E.; FINEBERG, H.; GARCIA, P.; KE, Y.; KELLEY, P.; KISTNASAMY, B.; MELEIS, A.; NAYLOR, D.; PABLOS-MEDEZ, A.; REDDY, S.; SCRIMSHAW, S.; SEPULVEDA, J.; SERWADDA, D., y ZURAYK, H. (2010), «Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. A Global Independent Commission», *The Lancet*, 4 de diciembre (www.thelancet.com).
- HAMMICK, M.; FREETH, D.; REEVES, S.; KOPPEL, I., y BARR, H. (2007), «A Best Evidence Systematic Review of Interprofessional Education. Dundee: Best Evidence Medical Education Guide n.º 9», *Medical Teacher*, 29: 735-751.
- HANSEN, T.B.; JACOBSEN, F., y LARSEN, K. (2009), «Cost effective interprofessional training:

an evaluation of a training unit in Denmark», *Journal of Interprofessional Care*, 23: 234-241.

- KOHN, L.T.; CORRIGAN, J.M., y DONALDSON, M.S. (2000), *To err is human: Building a safer health system*, Institute of Medicine, National Academy Press, Washington DC.
- IOM (2013), *Interprofessional education for collaboration: Learning how to improve education in the Philippines e health from interprofessional models across the continuum of education and practice*, Institute of Medicine, Washington DC.
- KENNEDY, I. (2001), *The Report of the Public Enquiry into children's heart surgery at the Bristol Royal Infirmary 1984-1995*, The Stationery Office, ISBN: 0-10-152073-5.
- MINING, S. (2014), «Community development of interprofessional practice in Kenya», en D. FORMAN, M. JONES y J. THISTLETHWAITE (Eds.), *Leadership development for interprofessional education and collaborative practice*, Palgrave Macmillan, Basingstoke.
- NOU (1972), *Utdanning av sosial-og helsepersonell*, Norwegian Government, Oslo.
- (1986), *Samordning i helse-og sosial*, Norwegian Government, Oslo.
- PATERNO, E.R., y OPINA-TAN, L.A. (2014), «Developing community-engaged interprofessional education in the Philippines», en D. FORMAN, M. JONES y J. THISTLETHWAITE (Eds.), *Leadership development for interprofessional education and collaborative practice*, Palgrave Macmillan, Basingstoke.
- REAL DECRETO 183/2008, BOE de 21 de febrero de 2008. Disponible en: <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2008-3176>.
- REEVES, S.; LEWIN, S.; ESPIN, S., y ZWARENSTEIN, M. (2010), *Interprofessional teamwork for health and social care*, Wiley-Blackwell y CAIPE, Oxford.
- SPRATLEY, J. (1990), *Disease prevention and health promotion in primary health*, Health Education Authority, Londres.
- WHO (1973), *Continuing education for physicians*. Technical Report Series n.º 534. World Health Organization, Ginebra.
- (1978), *The Alma Ata Declaration*. Technical Report Series n.º 534. World Health Organization, Ginebra.
- (1988), *Learning together to work together for health*, World Health Organization, Ginebra.
- (2006), *Working together for health: The world health report*, World Health Organization, Ginebra.
- (2010), *Framework for action on interprofessional education & collaborative practice*, World Health Organization, Ginebra.
- (2011), *Multi-professional Patient Safety Curriculum Guide*, World Health Organization, Ginebra.
- (2013), *Transforming and scaling up health professionals' education and training*. WHO Education and Training Guidelines. World Health Organization, Ginebra.

Resumen

Durante las próximas décadas se prevé que la demanda de profesionales y servicios dedicados a los cuidados de larga duración en Europa vaya en aumento y que la oferta se estanque. Aunque tradicionalmente esto se haya atribuido a las malas condiciones laborales, nuestro análisis de dos dimensiones clave de la calidad del empleo revela que los empleos en el sector de los cuidados de larga duración entran en la categoría de trabajo poco remunerado/de baja calidad solo en algunos países de Europa. A partir de la información contenida en la *European Labor Force Survey* de la Unión Europea, analizamos los salarios y la estabilidad laboral en el sector de los cuidados de larga duración con respecto al conjunto del mercado de trabajo. Además, exploramos en qué grado las consideraciones relacionadas con el capital humano podrían explicar las diferencias existentes entre unos y otros países.

Palabras clave: cuidados de larga duración, salarios bajos, calidad del empleo, fuerza de trabajo europea.

Abstract

Over the next decades a growing demand for Long Term Care (LTC) services and workers in Europe will face a stagnant supply. Although this is conventionally attributed to poor working conditions, our analysis of two critical dimensions of employment quality shows that LTC jobs fall under the classification of low-wage/low-quality work only in some European countries. Using the European Union Labor Force Survey, we analyze workers' wages and job stability in the LTC sector relative to the overall workforce. Additionally, we explore how human-capital explanations may account for differences across countries.

Key words: long-term care, low wages, quality of jobs, european labor force.

JEL classification: I12, J63.

UN ANÁLISIS EXPLORATORIO DE LOS SALARIOS Y LA ESTABILIDAD LABORAL EN EL SECTOR DE LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN EN EUROPA (*)

Stefano VISINTIN

University of Amsterdam, Amsterdam Institute for Advanced Labour Studies

Marta ELVIRA

Carlos RODRÍGUEZ-LLUESMA

Sebastián LAVEZZOLO

IESE Business School, Universidad de Navarra

I. INTRODUCCIÓN

AUNQUE el debate sobre la eficiencia del mercado de trabajo se ha centrado tradicionalmente en los efectos directos sobre los niveles de empleo, se aprecia una atención creciente a los resultados sobre la calidad del empleo (OMT, 1999; Comisión Europea, 2001; Sehnbruch, 2004; Davoine y Erhel, 2006). En este sentido, conviene distinguir varios criterios pertinentes para clasificar los empleos. Pueden clasificarse, por ejemplo, según niveles salariales, no siempre explicables por las diferencias en la productividad marginal (Krueger y Summers, 1987 y 1988). También pueden dividirse entre «buenos» y «malos» en función, entre otros criterios, del estatus social conferido al trabajador, o del esfuerzo requerido en su ejecución (Acemoglu, 2001); finalmente pueden clasificarse de acuerdo con aspectos no monetarios relacionados con la calidad del trabajo como, por ejemplo: la seguridad, el riesgo de pérdida del empleo o la frecuencia de periodos de descanso (Gautié y Smith, 2010).

Aunque exista una gran línea de investigación en el área de la

economía de la salud dedicada a estudiar la financiación y provisión de los cuidados de larga duración, la calidad de los empleos en este sector permanece casi sin explorar. En el presente artículo examinamos el mercado de los cuidados de larga duración, un sector que tradicionalmente se ha considerado escasamente remunerado y de empleos de baja calidad, pese a que las previsiones apuntan a que experimentará un crecimiento sostenido en las próximas décadas debido a un aumento significativo de la proporción de personas mayores con enfermedades crónicas sobre el total de la población. En concreto, analizamos en primer lugar si dos dimensiones críticas de la calidad del empleo en el sector —los salarios y la estabilidad— muestran un mal desempeño, y, en segundo lugar, en qué medida las conclusiones relativas a distintos países europeos pueden atribuirse a factores de capital humano. Abordar estas cuestiones debería ayudar a alambicar políticas alternativas que den solución a las debilidades y retos potenciales que afronta este importante sector para la sociedad, sobre todo los relacionados con la probable escasez de trabajadores y, por consiguiente, con el de-

terio de los cuidados de larga duración prestados. Para llevar a cabo este análisis exploratorio utilizamos datos recopilados en 20 países durante las dos últimas décadas por la *European Labour Force Survey* de la Unión Europea (EU-LFS, por sus siglas en inglés).

II. TRABAJO EN EL SECTOR DE LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN

Los cambios demográficos, la creciente demanda de una atención sanitaria de mayor calidad y las transformaciones sociales están convirtiendo al sector de los cuidados de larga duración en uno de los más dinámicos de las economías avanzadas. Según la OCDE (2011), los servicios de cuidados de larga duración comprenden la asistencia a personas que no se valen por sí solas para realizar actividades básicas o instrumentales de la vida diaria. Está previsto que el peso relativo de este sector económico en el PIB de la Unión Europea se incremente del 1,8 al 3,4 por 100 entre 2010 y 2060 (Comisión Europea, 2011), lo que es congruente con la tendencia continuada al envejecimiento de la población de los países europeos. Como ilustra el gráfico 1, durante la última década el ratio de personas mayores (65 años o más) dependientes ha aumentado ininterrumpidamente.

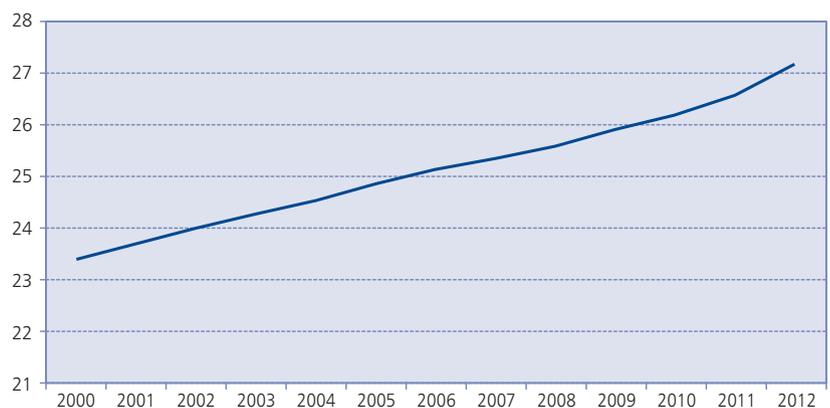
Estos acontecimientos han impulsado una pléyade de estudios centrados en analizar las mejores fórmulas para financiar y proveer servicios de cuidados de larga duración (Costa-Font *et al.*, 2012). Otro grupo de estudios a cargo de organizaciones internacionales (Comisión Europea, 2009; Fujisawa y Colombo, 2009; OCDE, 2011) y académicos (Dawson y

Surpin, 2000; Hackmann, 2009, entre otros) ha alertado sobre el riesgo de que, en las próximas décadas, se produzca una escasez de trabajadores dedicados a los cuidados de larga duración, debido a la descompensación creada por una demanda creciente y una oferta estancada. Aunque se conoce relativamente poco sobre este desequilibrio entre oferta y demanda en el sector, sí se sabe que las consecuencias podrían ser nefastas, incluyendo el deterioro de los cuidados, condiciones físicas insatisfactorias para las personas dependientes (Castle y Engborg, 2005) y mayores costes de contratación para las empresas e instituciones del sector (Saavey, 2004).

Predominantemente informales, en aquellas ocasiones en que se rigen por contratos formales, los empleos de provisión de cuidados de larga duración suelen ser precarios y mal remunerados. En consecuencia, si se pretende conseguir un aumento de la tasa

de retención de trabajadores en el sector de los cuidados de larga duración, deberían explorarse otras vías. La ocupación en los cuidados de larga duración podría parecer poco atractiva debido al fuerte desgaste tanto físico como mental que implica, y a la dificultad de compaginar los turnos/horarios laborales asociados a estos trabajos (Stone, 2001). Estas características podrían predecir la insatisfacción (Delp *et al.*, 2010) y podrían explicar, al menos en parte, las altas tasas de rotación y corta duración del empleo, es decir, la baja estabilidad laboral que suele observarse en el sector (Castle y Engberg, 2005; Hussein *et al.*, 2010; Olson, 2010). Esta baja estabilidad genera bajas expectativas de continuidad en el empleo, que, a su vez, podrían traducirse en una escasa formación en cualificación, modestas subidas salariales durante la vigencia del empleo y un acceso limitado a prestaciones extrasalariales tales como planes de pensiones o formación. En definitiva, la baja estabilidad, el es-

GRÁFICO 1
EVOLUCIÓN DE LA RATIO DE DEPENDENCIA DE PERSONAS MAYORES (65 AÑOS O MÁS) SOBRE POBLACIÓN TOTAL (15-65) (PORCENTAJE EN LA UE-27)



Fuente: OCDE.

caso atractivo y la escasa calidad del empleo son aspectos interconectados entre sí.

Así pues, intentamos describir, a partir de la evaluación de la información contenida en la EU-LFS, cuál es el grado de calidad de los trabajos de cuidados de larga duración. En concreto, nos fijamos en dos dimensiones indicativas de la calidad del empleo: remuneración y rotación, variable esta última aproximada por la duración de los periodos de trabajo. Para ilustrar la exposición, aportamos algunas cifras sobre los niveles de empleo en el sector de los cuidados de larga duración.

III. DATOS

La *European Labour Force Survey* de la Unión Europea es una amplia encuesta muestral aleatoria de carácter rotativo que representa a la población, definida por hogares o viviendas privadas, de 30 países europeos. Los institutos nacionales de estadística son responsables de la recogida de los datos, que luego son procesados de manera centralizada por Eurostat. Si bien el inicio de la serie histórica se remonta a 1983, la disponibilidad de datos sobre cada país concreto depende de la fecha de su incorporación a la Unión Europea. La EU-LFS aporta variables trimestrales y anuales relativas a la tasa de participación en el mercado de trabajo de los sujetos con edades iguales o superiores a 15 años, así como de aquellos no incluidos en la población activa. Las variables objeto de estudio por la EU-LFS incluyen: origen demográfico, información sobre situación laboral, ocupación y características del empleo, además de duración en situación de empleo y de desempleo (1).

La definición de los empleos del sector de los cuidados de larga duración dada al comienzo es, en el mejor de los casos, genérica, por lo que requiere ser precisada para su utilización en el marco del análisis empírico. Según Geerts (2011), podemos clasificar a los trabajadores del sector de los cuidados de larga duración en función de su código dentro de la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-88). A los efectos de este estudio, consideramos como trabajador del sector de los cuidados de larga duración a aquel que desarrolla una de las ocupaciones identificadas por las siguientes cuatro categorías de la CIUO-88: 513, 323, 346 y 913. Las dos primeras se definen como *Trabajadores de los cuidados personales y afines*, y *Profesionales de nivel medio de enfermería y partería*, respectivamente. Dada la gran variedad de ocupaciones en el sector de los cuidados de larga duración, varios trabajadores quedan fuera de estas definiciones, por ejemplo: *Trabajadores y asistentes sociales de nivel medio* (CIUO-88 346) y *Personal doméstico y afines, limpiadores, lavaderos y planchadores* (CIUO-88 913), que también fueron considerados.

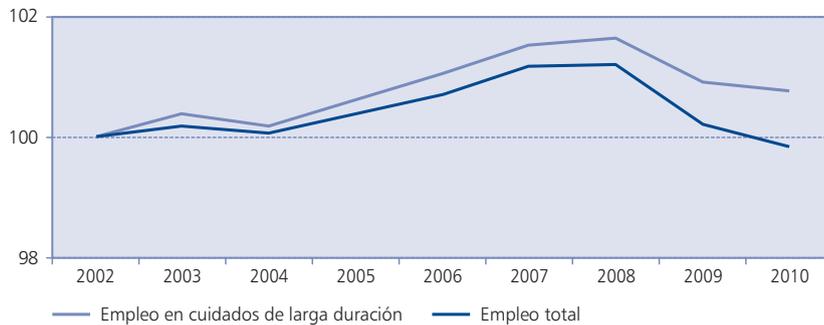
Para nuestro análisis restringimos los criterios de selección añadiendo un filtro para las actividades económicas con base en la Clasificación Nacional de Actividades Económicas en la Comunidad Europea (CNAE). Seleccionamos exclusivamente aquellos sujetos cuyas actividades económicas estuvieran comprendidas en los siguientes códigos: CNAE Rev.1: N, L y P. El código Q de la CNAE Rev.2 se define como *Actividades sanitarias y de servicios sociales*; el código O corresponde a *Administración Pública y defensa; Seguridad Social obli-*

gatoria, mientras que el código T representa *Actividades de los hogares como empleadores de personal doméstico; actividades de los hogares como productores de bienes y servicios para uso propio*. Como resultado de esta clasificación, estimamos que los trabajadores del sector de los cuidados de larga duración en la economía formal suponen en torno al 3 por 100 de la población ocupada en Europa, si bien una gran proporción de los cuidados a mayores son prestados por cuidadores informales (Bolin *et al.*, 2008; Van Houtven y Norton, 2004). Estas cifras también confirman que el empleo en el sector europeo de los cuidados de larga duración ha crecido recientemente, mostrando una mayor capacidad de resistencia que el empleo total en el contexto de la actual crisis económica (gráfico 2).

IV. REMUNERACIÓN Y DURACIÓN DEL EMPLEO DE LOS TRABAJADORES DEL SECTOR DE LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN

Analizamos cómo se distribuyen los trabajadores del sector de los cuidados de larga duración a lo largo de los distintos deciles de remuneración en los 20 países en 2011, y comparamos dichos resultados con la distribución del conjunto de la fuerza de trabajo incluida en la muestra de cada país (2). Observamos que la distribución de los ingresos del colectivo de trabajadores de los cuidados de larga duración está claramente sesgada a la izquierda: la mayoría de dichos empleos se concentran en los deciles más bajos de la escala salarial. Este mismo patrón se repite en todos los países de Europa. No obstante, al observar los datos más de

GRÁFICO 2
**EVOLUCIÓN DEL EMPLEO TOTAL Y DEL EMPLEO RELACIONADO
 CON LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN EN LOS 25 PAÍSES
 EUROPEOS (2002-2010)**



Fuente: EU-LFS.

cerca, vemos que las distribuciones varían considerablemente. La moda de un importante grupo de países (9 de 20) está en el decil 1 (Bélgica, Chipre, Francia, Grecia, Italia, Portugal, Luxemburgo, Rumanía y Eslovaquia), mientras que en 8 casos la moda se encuentra en los deciles 2 y 3 (Suiza, Alemania, Dinamarca, Irlanda, Reino Unido, Países Bajos, Letonia y Estonia); por último, en otros 3 países (Finlandia, Hungría y Lituania), la moda de los ingresos de los trabajadores de los cuidados de larga duración se sitúa en los deciles 4 y 5. En resumen, los datos sobre remuneración indican que los trabajadores en el sector de los cuidados de larga duración perciben remuneraciones bajas en toda Europa, si bien la situación parece variar notablemente de un país a otro. En algunos países, estos empleos proporcionan ingresos enmarcados en los tramos salariales más bajos, mientras que en otros la remuneración está cerca de la mediana.

Respecto a la duración del empleo, nuestro objetivo es de-

terminar si es sistemáticamente más breve en las ocupaciones descritas que en otras ocupaciones comparables. Dado que es previsible encontrar tasas de rotación diferentes (más bajas y más altas, respectivamente) en los empleos de alta y baja calidad, una duración del empleo sistemáticamente más corta en los trabajos en el sector de los cuidados de larga duración sugeriría que estas ocupaciones pertenecen a la segunda de las dos categorías mencionadas. Un análisis visual de los datos sobre retención revela que las tasas de retención se estabilizan en torno a la media a largo plazo; o sea, aproximadamente 5 años de permanencia en el empleo. Así, utilizamos dicha referencia de 5 años a modo de umbral sobre la duración del empleo.

Utilizando una combinación lineal de variables demográficas, profesionales y de cualificación investigamos, mediante un análisis de regresión logística binario, cuál es la probabilidad de que el trabajador tipo presente una duración en el empleo igual o supe-

rior a 5 años (3). Realizamos una regresión separada para cada país a partir de una muestra total conjunta de 1.236.799 observaciones, aunque el tamaño muestral varía considerablemente en función del tamaño de la encuesta de población activa de cada país (cuyo intervalo aproximado va desde un mínimo de 7.000 encuestados en Luxemburgo hasta un máximo de 180.000 en Italia y Francia). El hecho de incluir una variable binaria, indicativa de si un sujeto es un trabajador del sector de los cuidados de larga duración, nos permite evaluar su efecto en la probabilidad de haber permanecido en el mismo empleo durante más de 5 años. Realizamos regresiones para 19 países utilizando datos de 2011. Los efectos estimados para el trabajador medio se presentan en el gráfico 3. El resultado en la mayoría de los países es que la probabilidad de mantener el empleo durante más de 5 años en el sector de los cuidados de larga duración es inferior a la media (oscilando los resultados entre un 1 por 100 inferior en Países Bajos y un 48 por 100 inferior en España). De nuevo observamos que el efecto varía notablemente de unos países a otros. En un escaso número de países europeos, los trabajadores del sector de los cuidados de larga duración tienen una mayor probabilidad de mantener su empleo a largo plazo que el resto de la fuerza de trabajo (4).

Este análisis descriptivo preliminar sobre salarios y estabilidad en el empleo ilustra algunas dimensiones clave concernientes a la calidad del empleo en el sector de los cuidados de larga duración en Europa. Trabajar en el sector de los cuidados de larga duración está asociado a salarios bajos y una baja estabilidad laboral (definida como la probabilidad de

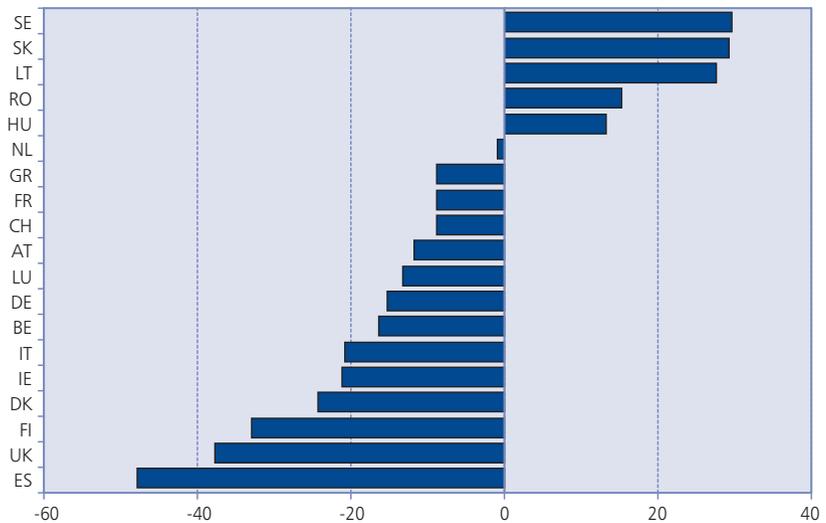
mantener el trabajo durante un periodo de 5 años respecto al trabajador tipo). No obstante, existen notables diferencias a escala internacional. El diferencial de salario entre el sector de los cuidados de larga duración y un trabajador medio varía de manera sistemática en todos los países, al igual que lo hace el diferencial relativo a la duración del empleo. Así, en algunos países las conclusiones no permiten calificar el trabajo en el sector de los cuidados de larga duración estrictamente como un trabajo de baja calidad. Es más: aunque los empleos del sector de los cuidados de larga duración ofrecen por lo general una remuneración baja, no siempre están correlacionados con plazos de permanencia breves, al menos no a nivel nacional agregado.

¿Qué factores podrían explicar estas diferencias entre los países? Tradicionalmente, la literatura se ha centrado en dos aspectos principales: los factores relacionados con el capital humano y las instituciones del mercado laboral. Dada la naturaleza de nuestros datos, centramos nuestro análisis exploratorio en el primero de esos factores.

V. EL CAPITAL HUMANO COMO POSIBLE VARIABLE EXPLICATIVA

La composición de la cualificación podría explicar en parte las diferencias en los trabajos de larga duración en Europa. Nickell y Bell (1996), Freeman y Schettkat (2001), así como Oesch y Rodríguez-Menés (2010), explican la variación nacional en el cambio de ocupación entre los tramos salariales altos y bajos por las diferencias en la evolución y las características de la oferta de trabajo. Las técnicas productivas

GRÁFICO 3
PROBABILIDAD CONDICIONADA DE MANTENER EL MISMO EMPLEO DURANTE 5 AÑOS PARA LOS TRABAJADORES DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN RESPECTO A TODOS LOS TRABAJADORES (PORCENTAJE)



Fuente: EU-LFS.

de las empresas y la composición del personal dependen de la disponibilidad de los factores productivos o *inputs*, entre los que la cualificación de la mano de obra desempeña un papel fundamental. Un aumento de la calidad del capital humano (es decir, la cualificación) debería fomentar la inversión por parte de las empresas en trabajos con salarios elevados y de alta calidad.

¿Es aplicable este argumento al sector de cuidados de larga duración? La calidad de los empleos de este sector —y por tanto, su estabilidad— podría estar relacionada con la cualificación de los trabajadores. Estas diferencias entre trabajadores cualificados y poco cualificados a escala internacional podría explicar en parte la heterogeneidad observada entre países: aquellos en los que

se den mayores probabilidades de permanecer en el empleo deberían ser aquellos con una mejor casación entre los requisitos del puesto y la cualificación de los trabajadores.

Exploramos esta hipótesis, en primer lugar, observando la distribución de la cualificación de los trabajadores, tomando el logro educativo como aproximación del nivel de cualificación. Dentro de la EU-LFS, la información sobre logro educativo de los sujetos está organizada según la Clasificación Internacional Normalizada de la Educación (CINE), de acuerdo a la designación dada por la UNESCO (OCDE, 1999). La variable toma valores de 1 (educación primaria) a 6 (segundo ciclo de educación terciaria). Aquí, la distribución de logro educativo de los trabajadores del

sector de los cuidados de larga duración es observada en cada país y comparada con la distribución de la población total.

Las cifras del Apéndice muestran que el nivel CINE 3 (educación secundaria alta) es el logro educativo más frecuente entre los trabajadores del sector de los cuidados de larga duración. En la mayoría de los países, la proporción de trabajadores con educación secundaria alta es mayor en el sector de los cuidados de larga duración que en el conjunto de la población. Esto sugiere que las cualificaciones necesarias para desempeñar correctamente tareas relacionadas con los cuidados se obtienen a través de la educación secundaria alta, o que ese es el nivel de formación mínimo exigido para ser contratado en estos empleos. La diferencia entre la proporción de trabajadores con este nivel de formación en el sector de los cuidados de larga duración y en el conjunto de la población es especialmente elevada en países en los que anteriormente se observaba una mayor calidad en dichos trabajos, medida por la probabilidad condicionada de mantener el empleo durante periodos más largos (por ejemplo, Suecia, Eslovaquia o Lituania). En estos países, la distribución de cualificaciones en los cuidados de larga duración tiene su pico en torno a este valor (nivel CINE 3), mientras que en otros países la distribución es más achatada y sesgada a la izquierda.

Para entender mejor el papel de las cualificaciones en la remuneración de los trabajadores en el sector de los cuidados de larga duración, el gráfico 4 muestra la distribución de los trabajadores *poco cualificados* del sector de los cuidados de larga duración a lo largo de los deciles de remunera-

ción en 20 países durante 2011, y la compara con la distribución para el conjunto de la fuerza de trabajo *poco cualificada* incluida en la muestra en cada país. Los trabajadores poco cualificados son aquellos con un máximo de educación secundaria baja (hasta nivel de formación CINE-97 2), que se corresponde con las cualificaciones de una gran proporción de los trabajadores del sector de los cuidados de larga duración. Como ya hemos indicado, la mayoría de los empleos del sector desempeñados por trabajadores poco cualificados se concentran en los deciles más bajos de la escala salarial. No obstante, conviene señalar que la distribución de los ingresos está más sesgada a la izquierda de lo que cabría esperar una vez tenido en cuenta el nivel de cualificación. Los trabajos en el sector de los cuidados de larga duración muestran una mayor concentración en torno a los deciles bajos de la distribución y una menor concentración en torno a los deciles altos que el resto de trabajos poco cualificados: cuando se comparan con trabajadores con el mismo nivel de cualificación, los trabajadores del sector de los cuidados de larga duración parecen sufrir una «brecha» salarial. Este patrón es recurrente en todos los países de Europa. Ahora bien, al observar con más detalle, vemos que las distribuciones varían. En Países Bajos, Dinamarca, Lituania, Letonia y Reino Unido, las distribuciones de ingresos de los trabajadores del sector de los cuidados de larga duración parecen concentrarse de forma sistemática en torno a los deciles 2 y/o 3. En definitiva, y salvo las excepciones mencionadas, los trabajos del sector de los cuidados de larga duración proporcionan ingresos bajos en la mayoría de los países. Con todo, aun cuando

la observación se reduzca exclusivamente a la distribución de los ingresos de trabajadores poco cualificados, se pone de manifiesto un *gap* salarial específico a este tipo de trabajos.

Estos resultados sugieren que, si bien los niveles de cualificación pueden ayudar a explicar una parte del rompecabezas de la calidad de los trabajos del sector de los cuidados de larga duración, evidentemente no explican toda la historia. Se requiere trabajo ulterior para comprender los motivos que subyacen a la baja estabilidad y los bajos salarios de este sector. Una consideración importante podría ser el papel de las instituciones del mercado laboral. El análisis empírico disponible indica que las instituciones importan. Uno de los proyectos comparativos más ambiciosos en este campo (Goutié y Smith, 2010) postula que la influencia más importante en las diferencias observadas en el trabajo poco remunerado es la inclusividad de las instituciones del mercado laboral de un país. Para estos autores, la inclusividad aumenta a medida que los mecanismos formales e informales del sistema extienden los salarios, las ventajas y las condiciones laborales negociadas por los trabajadores en sectores y profesiones con fuerte poder de negociación a los trabajadores de sectores y profesiones con menor poder de negociación. Ahora bien, al analizar la distribución del salario mínimo entre los países que componen la muestra, la imagen que se obtiene encaja a duras penas con la distribución de la remuneración y la estabilidad para los trabajadores del sector de los cuidados de larga duración descrita anteriormente (gráficos 3 y 4), si bien para algunos países dicho encaje va en la dirección correcta.

GRÁFICO 4
SALARIO MENSUAL (NETO) DE LOS TRABAJADORES POCO CUALIFICADOS (NIVELES EDUCATIVOS CINE-97 HASTA 2) SEGÚN DISTRIBUCIÓN POR DECILES DEL TRABAJO PRINCIPAL EN ALGUNOS PAÍSES EUROPEOS (POR PAÍS, 2011. A EFECTOS MERAMENTE ILUSTRATIVOS)

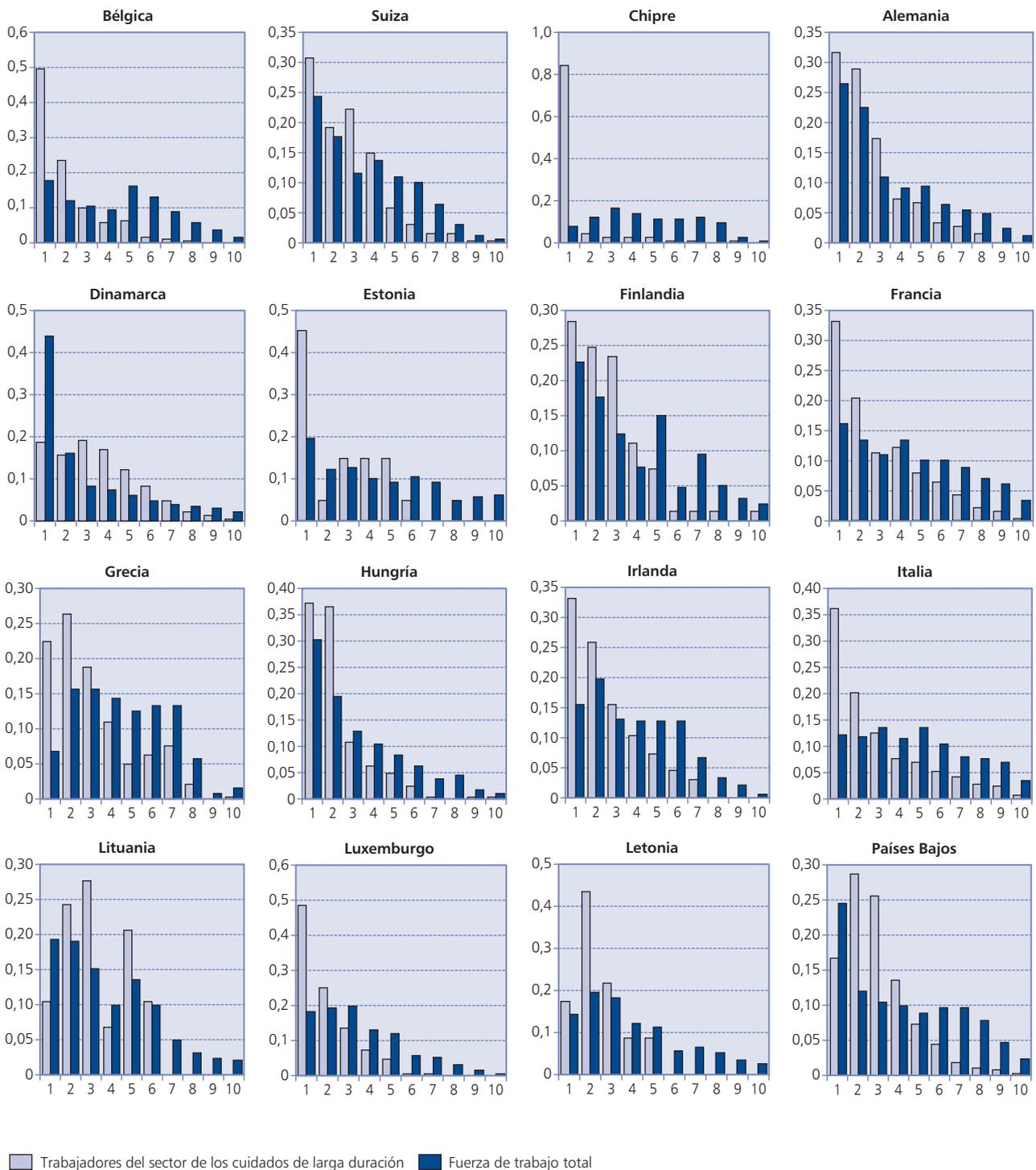
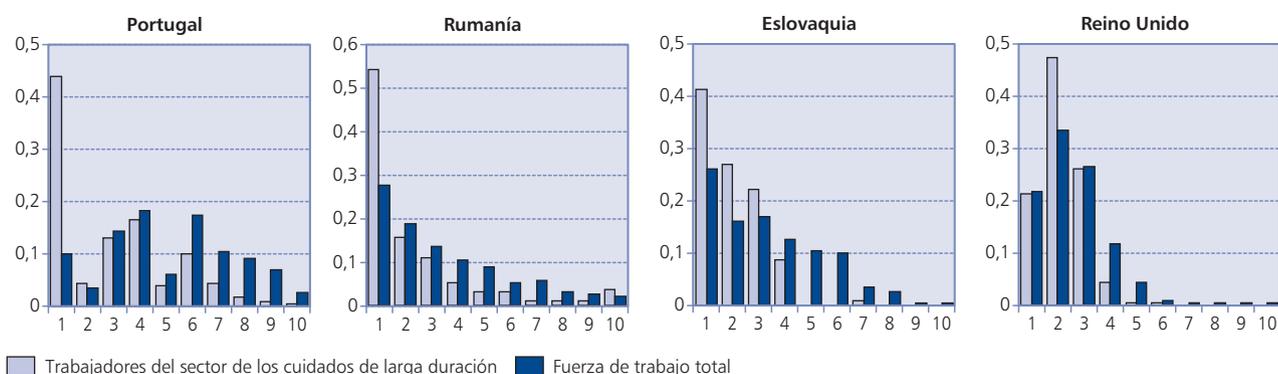


GRÁFICO 4 (continuación)

SALARIO MENSUAL (NETO) DE LOS TRABAJADORES POCO CUALIFICADOS (NIVELES EDUCATIVOS CINE-97 HASTA 2) SEGÚN DISTRIBUCIÓN POR DECILES DEL TRABAJO PRINCIPAL EN ALGUNOS PAÍSES EUROPEOS (POR PAÍS, 2011. A EFECTOS MERAMENTE ILUSTRATIVOS)



VI. CONCLUSIONES

Los cambios demográficos, la creciente demanda de una sanidad de mayor calidad y las transformaciones sociales están convirtiendo a los servicios de cuidados de larga duración en uno de los sectores más dinámicos de las economías avanzadas. Según la Comisión Europea, se prevé que el peso relativo de este sector en el PIB de la Unión Europea se duplique a lo largo de las próximas cinco décadas. No obstante, en los próximos años, la creciente demanda de este tipo de servicios y trabajadores en Europa podría toparse con un estancamiento de la oferta. Este desajuste provocará una escasez de trabajadores y un consiguiente deterioro de los servicios de cuidados prestados, debido en parte a la probable ausencia de aumentos salariales en un entorno de restricciones financieras en el sector privado y en el público.

Dado que el estancamiento de la oferta de cuidados de larga duración suele atribuirse a unas malas condiciones laborales, en

este trabajo analizamos dos dimensiones críticas de la calidad del empleo —los salarios y la estabilidad— a partir de la *European Labour Force Survey* de la Unión Europea. Nuestros análisis descriptivos confirman que los trabajos en el sector de los cuidados de larga duración pueden adscribirse a la categoría de trabajos poco remunerados/de baja calidad, si bien en diferente grado dependiendo de los países concretos. Además, examinamos esta descripción plurinacional del sector de los cuidados de larga duración en Europa a la luz de las diferencias en la casación entre la cualificación ofertada y la demandada. Los resultados sugieren que los trabajadores del sector de los cuidados de larga duración perciben salarios bajos incluso cuando se los compara con otros trabajadores poco cualificados de otros sectores de la economía. Esta explicación relacionada con el capital humano precisa de mayor estudio, así como ser completada con otras consideraciones del mercado laboral que pudieran explicar las diferencias de unos países a

otros. No obstante, estos hallazgos exploratorios ya proporcionan nueva información sobre la precariedad de los trabajos en el sector de los cuidados de larga duración.

Para estudiar los retos sociales, políticos y económicos que afronta este sector se requiere una perspectiva multidisciplinar. Un análisis eficaz de las causas y las consecuencias de la calidad de los trabajos que aporte evidencia conceptual y empírica puede estimular el debate entre los responsables de política económica y sanitaria. La calidad de los servicios relacionados con los cuidados de larga duración en el futuro podría depender de una acertada comprensión de sus dinámicas tanto pasadas como actuales, así como de sus tendencias futuras. Investigar estas explicaciones arrojaría luz sobre posibles soluciones efectivas para un sector llamado a realizar una contribución positiva a la economía y al empleo, ayudando a la vez a responder éticamente a las necesidades de las personas mayores de toda Europa.

NOTAS

(*) Agradecemos el apoyo financiero de la Comisión Europea, 7.º Programa Marco – Marie Curie International Reintegration Grant (PIRG05-GA-2009-249235), así como las aportaciones de la red EDUWORKS Marie-Curie ITN (7.º Programa Marco – 608311). También deseamos agradecer a los editores de este volumen las excelentes perspectivas aportadas sobre el estudio.

(1) En la EU-LFS, las variables sobre duración del empleo se derivan a partir de información recogida en el mes y el año en que la persona comenzó (terminó) la actividad laboral, proporcionando valores de tiempo expresados en meses.

(2) Pueden consultarse informes estadísticos descriptivos previa solicitud.

(3) Las variables demográficas incluyen edad, sexo, estado civil, número de personas que habitan en la vivienda, país de nacimiento y grado de urbanización. Las variables profesionales incluyen situación respecto a la actividad, tamaño de la empresa, contrato a tiempo completo o parcial, contrato a turnos, número de horas de la jornada de trabajo y disposición a trabajar más horas. Las variables de cualificación incluyen el logro educativo más alto.

(4) Pueden consultarse los resultados de regresión detallados previa solicitud.

BIBLIOGRAFÍA

- ACEMOGLU, D. (2001), «Good jobs versus bad jobs», *Journal of Labor Economics*, 19(1): 1-21.
- AUTOR, D.H.; LEAVY, F., y MURNANE, R.J. (2003), «The skill content of recent technological change: an empirical exploration», *The Quarterly Journal of Economics*, 118: 1279-1333.
- BLANCHARD, O., y WOLFERS, J. (2000), «The Role of Shocks and Institutions in the Rise of European Unemployment: the Aggregate Evidence», *The Economic Journal*, 110.462: 1-33.
- BOLIN, K.; LINDGREN, B., y LUNDBORG, P. (2008), «Informal and formal care among single-living elderly in Europe», *Health Economics*, 17(3): 393-409.
- CASTLE, N.G., y ENGBERG, J. (2005), «Staff Turnover and Quality of Care in Nursing Homes». *Med Care*, 43(6): 616.
- COLOMBO, F.; LLENA-NOZAL, A.; MERCIER, J., y TJADENS, F. (2011), «Help Wanted?: Providing and Paying for Long-Term Care». OECD Health Policy Studies, OECD Publications.
- COSTA-FONT, J.; KARLSSON, M., y VAN DEN BERG, B. (2012), «Redesigning Long-term Care Finance and Delivery», *Applied*

Economic Perspectives and Policies, 34(2): 215-219.

DAVOINE, L., y ERHEL, C. (2006), «Monitoring Employment Quality in Europe: European Employment Strategy Indicators and Beyond». Document de Travail n.º 66. Centre d'études de l'emploi.

DAWSON, S.L., y SURPIN, R. (2000), «The Home Health Aide: Scarce Resource in a Competitive Marketplace», *Care Management Journals*, 2(4): 226-231.

DELP, L.; WALLACE, S.P.; GEIGER-BROWN, J., y MUNTANER, C. (2010), «Job Stress and Job Satisfaction: Home Care Workers in a Consumer-Directed Model of Care». *Health Services Research* 45(4): 922-40.

DIAMOND, P. (1982), «Wage Determination and Efficiency in Search Equilibrium», *Review of Economics Studies*, 49(2): 217-227.

ESPING-ANDERSEN, G. (1990), *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Polity Press, Cambridge, y Princeton University Press, Princeton.

EUROPEAN COMMISSION (2001), *Employment and Social Policies: a Framework for Investing in Quality*. Communication from the Commission to the Council, COM(2001) 313 final, Bruselas, 20 de junio.

— (2009), «The 2009 Ageing Report: Underlying Assumptions and Projection Methodologies for the EU-27 Member States (2007-2060)». Directorate-General for Economic and Financial Affairs. Office for Official Publications of the European Communities.

— (2011), «The 2012 Ageing Report: Underlying Assumptions and Projection Methodologies». Directorate-General for Economic and Financial Affairs. Office for Official Publications of the European Communities.

FREEMAN, R., y SCHETTKAT, R. (2001), «Skill Compression, Wage Differentials and Employment: Germany vs. the US», *Oxford Economic Papers*, 53: 582-603.

FUJISAWA, R., y COLOMBO, F. (2009), «The Long-Term Care Workforce: Overview and Strategies to Adapt Supply to a Growing Demand». OECD Health Working Papers n.º 44, OECD Publishing.

GAUTIÉ, J., y SCHMITT, J. (Eds.). (2010), *Low-wage work in the wealthy world*. Russell Sage Foundation.

GEERTS, J. (2011), *The Long-Term Care Workforce: Description and Perspectives*. ENEPRI Research Report n.º 93. CEPS, Bruselas.

GÓMEZ-SALVADOR, R.; MESSINA, J., y VALLANTI, G. (2004), «Gross job flows and institutions

in Europe», *Labour Economics*, 11(4): 469-485.

HACKMANN, T. (2009), «Arbeitsmarkt Pflege: Bestimmung der künftigen Altenpflegekräfte unter Berücksichtigung der Berufsverweildauer», n.º 40. Diskussionsbeiträge – Forschungszentrum Generationenverträge der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg.

HOLZER, H.; KATZ, L., y KRUEGER, A.B. (1991), «Job Queues and Wages», *Quarterly Journal of Economics*, 106: 739-768.

HUSSEIN, S.; MANTHORPE, J., y STEVENS, M. (2010), «People in Places: A Qualitative Exploration of Recruitment Agencies' Perspectives on the Employment of International Social Workers in the UK». *British Journal of Social Work*, 40(3): 1000-16.

ILO (1999), *Decent Work*. Report to the Director-General to the 87th Session of the International Labour Conference, Ginebra.

KRUEGER, A.B., y SUMMERS, L.H. (1987), «Reflections on the inter-industry wage structure». NBER Working Paper n.º 1.968.

— (1988), «Efficiency Wages and the Inter-Industry Wage Structure», *Econometrica*, 56: 259-293.

KRUGMAN, P. (1994), «Past and Prospective Causes of High Unemployment», *Economic Review*, 79: 23-43.

LIPSZYC, B.; SAIL, E., y XAVIER, A. (2012), «Long-term care: Need, use and expenditure in the EU-27». European Commission, Economic Papers n.º 469.

MORTENSEN, D. (1982), «Property Rights and Efficiency in Mating, Racing and Related Games», *American Economic Review*, 72: 968-979.

NICKELL, S. (1997), «Unemployment and Labor Market Rigidities: Europe versus North America», *The Journal of Economic Perspectives*, 11(3): 55-74.

NICKELL, S., y BELL, B. (1996), «The Distribution of Wages and Unemployment. Changes in the Distribution of Wages and Unemployment in OECD Countries», *American Economic Association Papers and Proceedings*, 86: 302-308.

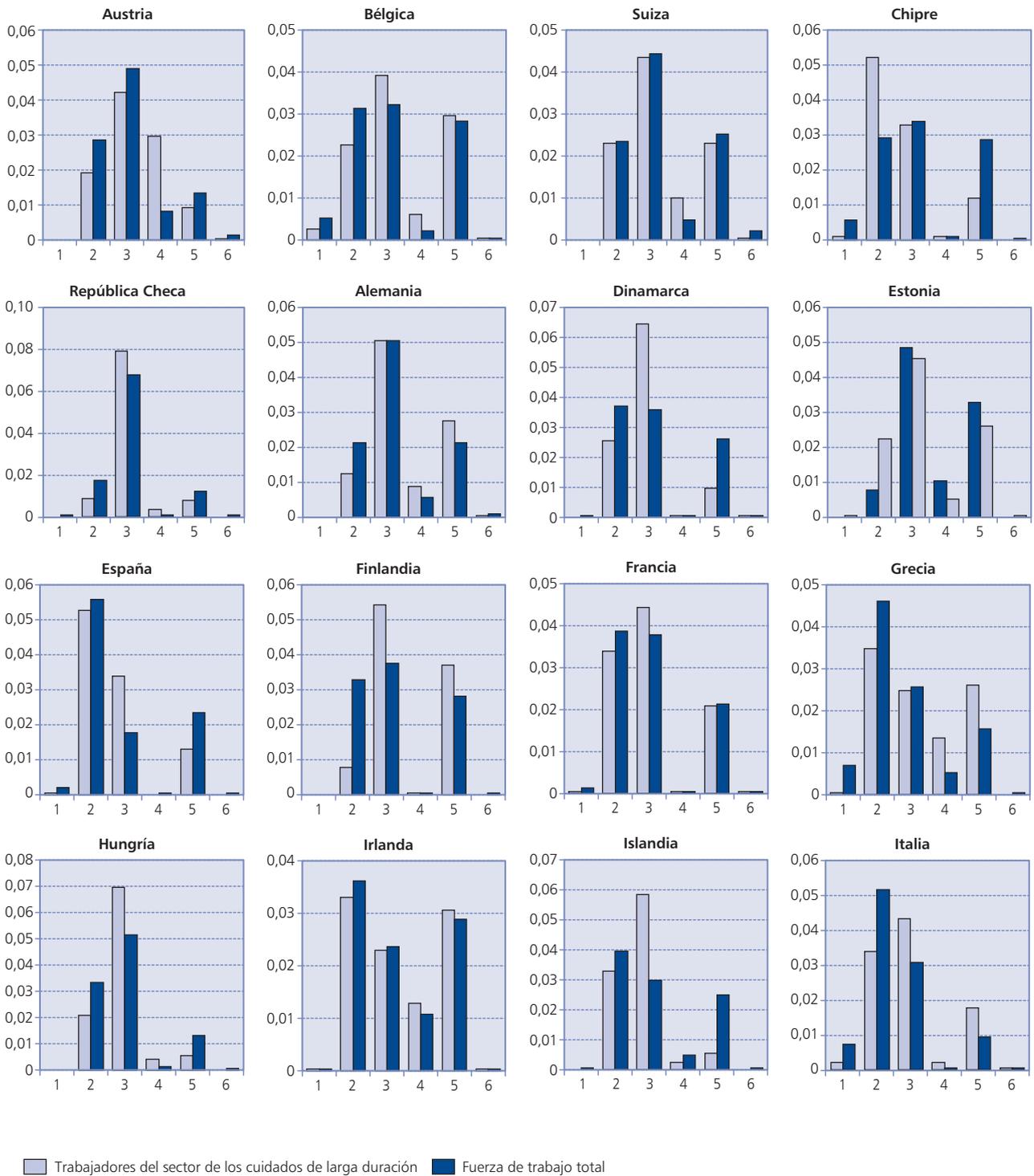
OECD (1999), *Classifying Educational Programmes Manual for ISCED-97 Implementation in OECD Countries*, OECD, París.

— (2011), *Help Wanted?: Providing and Paying for Long-Term Care*. Colombo, F., Llena-Nozal, A., Mercier, J. and Tjadens, F.; OECD Health Policy Studies; OECD Publications.

<p>OESCH, D., y RODRÍGUEZ-MENÉS, J. (2010), «Upgrading or polarization? Occupational change in Britain, Germany, Spain and Switzerland, 1990-2008», <i>Socio-Economic Review</i>, 9: 503-531.</p> <p>OLSON, S. (2010). The Role of Human Factors in Home Health Care: Workshop Summary. National Academy Proceedings.</p> <p>PISSARIDES, C. (1990), <i>Equilibrium Unemployment Theory</i>, Basil Blackwell, Cambridge, MA.</p> <p>SCHARPF, F. (2000), «Economic Changes, Vulnerabilities, and Institutional</p>	<p>Capabilities», en F. SCHARPF, y V. SCHMIDT (Eds.), <i>Welfare and Work in the Open Economy. From Vulnerability to Competitiveness</i>, Oxford University Press, Oxford, vol. I, pp. 21-124.</p> <p>SEAVEY, D. (2004). The Cost of Frontline Turnover in Long-Term Care. Washington, DC.: Better Jobs Better Care National Program Office.</p> <p>SEHNBRUCH, K. (2004), «From the Quantity to the Quality of Employment: An Application of the Capability Approach to</p>	<p>the Chilean Labor Market». Working Papers Series n.º 9. Centre for Latin American Studies, University of California, Berkeley.</p> <p>STONE, R.I. (2001), <i>Who will care for us? Addressing the long-term care workforce crisis</i>, Urban Institute y Robert Wood Johnson Foundation.</p> <p>VAN HOUTVEN, C.H., y NORTON, E.C. (2004), «Informal care and healthcare use in older adults», <i>Journal of Health Economics</i>, 23(6): 1159-1180.</p>
--	---	--

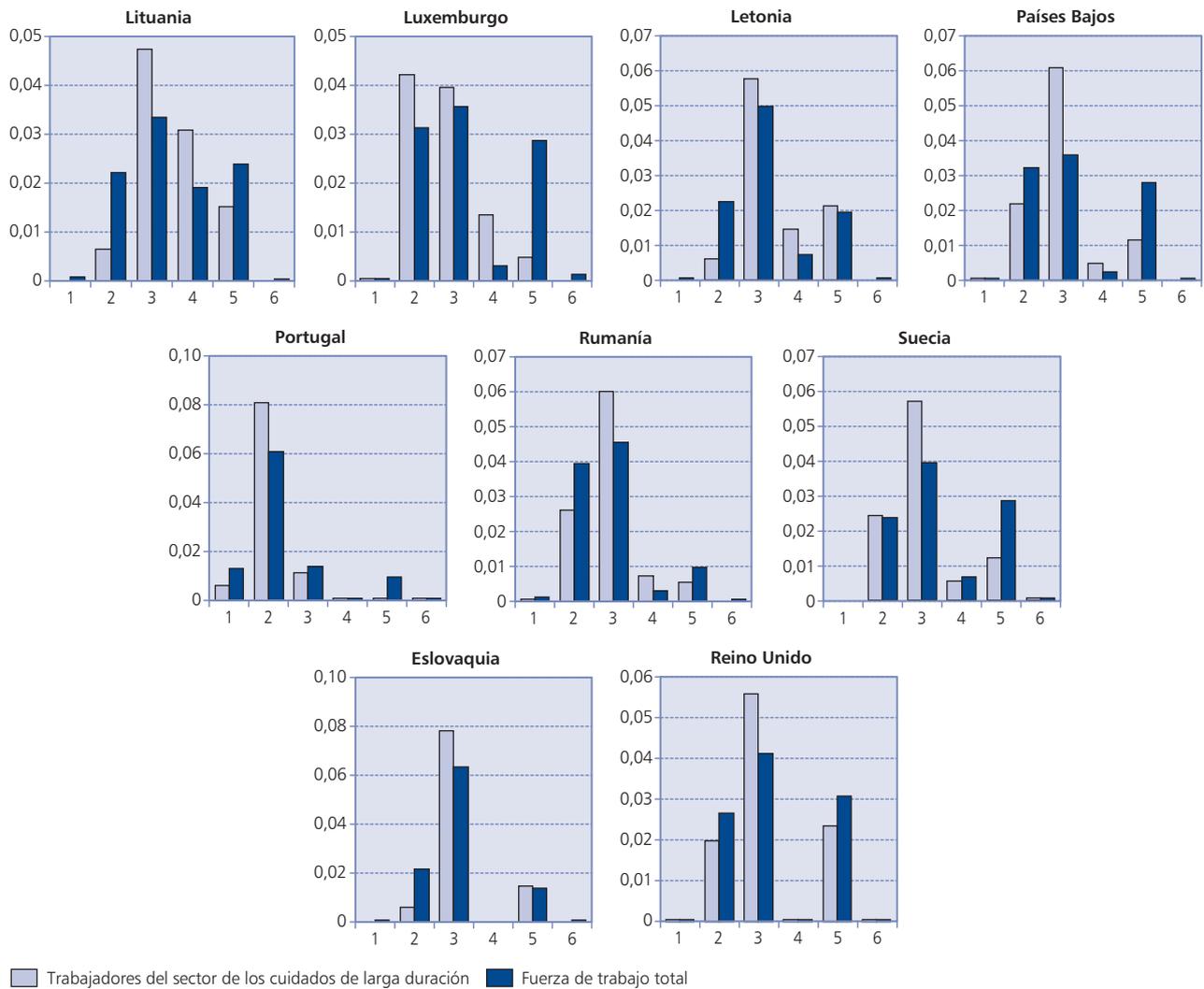
APÉNDICE

DISTRIBUCIÓN DE CUALIFICACIÓN DE TRABAJADORES (CINE-97)
EN ALGUNOS PAÍSES EUROPEOS (POR PAÍS, 2011)



APÉNDICE (continuación)

DISTRIBUCIÓN DE CUALIFICACIÓN DE TRABAJADORES (CINE-97)
EN ALGUNOS PAÍSES EUROPEOS (POR PAÍS, 2011) (continuación)



COLABORADORES EN ESTE NÚMERO

ARRATIBEL, Patricia. Responsable de Proyectos, Gestión y Coordinación de DBSHealth en la Universidad de Deusto. Comenzó su carrera en KPMG Consulting en el área de estrategia y planificación. Ha sido asesora de Planificación, directora de Estudios y Desarrollo Sanitario y directora de Aseguramiento y Contratación Sanitaria en el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. En su último cargo en el gobierno autonómico participó en el desarrollo del informe «Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi» y modelos de pagos basados en el valor.

BARR, Hugh. Profesor emérito de Educación Interprofesional y Honorary Fellow de la Universidad de Westminster (Reino Unido). Además, es profesor visitante en Curtin (Australia), y Kingston con St George's University of London, Greenwich y Suffolk (Reino Unido), habiendo sido nombrado doctor honoris causa por las Universidades de East Anglia y de Southampton. Es presidente del CAIPE (Centre for the Advancement of Interprofessional Education) y editor emérito de la revista *Journal of Interprofessional Care*.

BENGOA, Rafael. Su carrera se ha desarrollado en el ámbito nacional e internacional. Ejerció como médico durante siete años en centros de atención hospitalaria y primaria. Posee un máster en Salud Comunitaria, así como un máster en Gestión de Sistemas de Salud, de la London School of Hygiene and Community Medicine. Ha trabajado durante más de quince años en la Organización Mundial de la Salud en Copenhague y en Ginebra, donde fue director de Gestión de Enfermedades Crónicas, haciéndose más tarde cargo de la Dirección de Políticas de Sistemas de Salud. Su huella profesional puede seguirse en numerosos documentos de política sanitaria publicados en España y el extranjero de los que es coautor. Entre 2009 y 2012 fue consejero de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco. Actualmente es director del área de salud de Deusto Business School en España. También es Senior Fellow de la Universidad de Harvard (School of Public Health).

BEUNZA, Juan José. MD, SM1, MMed, PhD, es médico especializado en Medicina Interna, acumulando más de diez años de práctica clínica en países del este de África y España. Posee doctorados en Epidemiología por las Universidades de Navarra y de Southampton y la London School of Hygiene and Tropical Medicine. En la actualidad es profesor titular de Salud Pública y Educación Interprofesional y director del Programa de Educación Interprofesional y Práctica Colaborativa en la Facultad de Ciencias Biomédicas de la Universidad Europea (Laureate International Universities) de Madrid, así como profesor visitante en la Universidad de Navarra.

BLÜMEL, Miriam. Research Fellow y doctorando en la Universidad de Berlín, Área de Tecnología del Departamento de Gestión Sanitaria. Ha estudiado sociología, psicología y comunicaciones, con énfasis en los métodos empíricos y la atención sanitaria en la Universidad Libre de Berlín, donde obtuvo su diploma en 2008.

BUSSE, Reinhard. Jefe del Departamento de Gestión Sanitaria en la Facultad de Economía y Administración de la Universidad Técnica de Berlín (Alemania). Asimismo, es director asociado de Políticas de Investigación y director del Hub de Berlín del Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud, así como editor jefe de la publicación *Health Policy*. Sus trabajos de investigación se centran en los métodos y el resultado del análisis comparado de sistemas sanitarios (con especial atención a Alemania, otros países con sistemas sanitarios encuadrados en el modelo de Seguridad Social y el papel de la Unión Europea), el análisis de servicios sanitarios (por ejemplo, fórmulas de financiación y de pago, así como gestión de enfermedades) y la evaluación de tecnologías sanitarias (HTA).

ELVIRA, Marta. Decana asociada de Investigación y profesora de Management en el IESE Business School (Universidad de Navarra). Realizó el doctorado en la Haas School of Business de la Universidad de Berkeley, y fue profesora asociada de comportamiento organizativo en el INSEAD (Francia) y la Universidad de California (Irvine). Su trabajo investigador se centra actualmente en las organizaciones y el empleo en los servicios sociosanitarios, una actividad para la que cuenta en parte con el respaldo del Programa Marie Curie de la Comisión Europea. Además de las prácticas de recursos humanos e incentivos en organizaciones, sus investigaciones abarcan la desigualdad social y el desarrollo del capital humano. Ha publicado tres libros sobre dirección de recursos humanos en Latinoamérica. Sus artículos han aparecido en destacadas revistas y diarios, entre otros *Academy of Management Journal*, *Organization Science*, *Industrial Relations* y *The Journal of World Business*.

GOODWIN, Nick. Cofundador y director general de la International Foundation for Integrated Care (IFIC), una fundación sin ánimo de lucro dedicada a mejorar la ciencia, el conocimiento y la aplicación de los cuidados integrados a nivel de política y práctica en todo el mundo (www.integratedcarefoundation.org). También es Senior Associate en The King's Fund, Londres, colaborando en su programa de investigación y análisis de políticas sobre la integración de los cuidados. Dentro de sus compromisos internacionales, participa en una serie de proyectos financiados por la Unión Europea y colabora con la Organización Mundial de la Salud para apoyar el desarrollo de estrategias dirigidas a promover los cuidados integrados centrados en los pacientes a nivel mundial y regional.

HIBBARD, Judith. Profesora investigadora de la Universidad de Oregón. Su trabajo se centra en las opciones para los consumidores, y en la conducta respecto a la asistencia sanitaria. Su investigación examina estrategias que conceden a los pacientes más control sobre su propia salud y el cuidado de la misma. Sus estudios se centran en la información pública disponible sobre calidad de la asistencia sanitaria, alfabetización

en salud y activación de los pacientes. Es la autora principal del indicador *Patient Activation Measure* (PAM). Realizó un máster en Salud Pública en la Universidad de California en Los Ángeles y obtuvo el doctorado en la School of Public Health de la Universidad de California en Berkeley.

LAVEZZOLO, Sebastián. Posee un doctorado en Ciencia Política de la Universidad de Nueva York. Obtuvo el título de máster en Ciencias Sociales del Instituto Juan March. Actualmente es investigador en el IESE Business School (Universidad de Navarra), centrándose en economía política comparada, es decir, el estudio de cómo influye el ámbito de la política en la elección de las políticas y los resultados económicos. Está particularmente interesado en analizar de qué forma la estructura de incentivos moldeada por las instituciones políticas y la competencia electoral guía a los gobiernos democráticos a la hora de regular o interactuar con el sector financiero. Otras líneas de investigación son el sector empresarial, la administración y el comportamiento electoral.

LINDSTRÖM, Jaana. MSc en Ciencias de la Nutrición, PhD, profesora adjunta de Salud Pública, es responsable de la Unidad de Prevención de la Diabetes en el Instituto Nacional de Salud y Bienestar de Helsinki (Finlandia). Posee una dilatada experiencia investigadora en torno a la predicción y prevención de la diabetes tipo 2, con especial énfasis en la modificación del estilo de vida. Es la creadora del Finnish Diabetes Risk Score o «FINDRISC», una sencilla herramienta para identificar a personas con elevado riesgo de desarrollar diabetes tipo 2. Ha participado en varios proyectos nacionales e internacionales, incluidos los proyectos DE-PLAN e IMAGE financiados con fondos de la Unión Europea, encaminados a mejorar la prevención de la diabetes tipo 2 en Europa.

LÓPEZ-CASASNOVAS, Guillem. Licenciado en Economía (premio extraordinario) y en Derecho por la Universidad de Barcelona. Doctor en Economía Pública por la Universidad de York (1984). Catedrático de Economía en la Universidad Pompeu Fabra desde 1992, donde ha sido vicerrector y decano. En 1996 cofundó, y dirige hasta 2006, el Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES-UPF). Codirector del máster Health Economics and Policy de la Barcelona Graduate School of Economics y del máster oficial de Gestión Pública (UAB-UB-UPF). Consejero del Banco de España, colegiado de mérito del Colegio de Economistas de Cataluña, académico numerario de la Real Academia de Medicina de Cataluña, miembro del Consejo Asesor del Ministerio de Sanidad y Consumo, miembro del Consejo Asesor para la Reactivación Económica y el Crecimiento en Cataluña (CAREC), miembro del Consejo Asesor del Departamento de Salud (Cataluña y Baleares), así como de la Comisión de la OMS para el Estudio de las Desigualdades en Salud. Ha presidido la Asociación Mundial de Economía de la Salud (IHEA). En 2007 recibe el Premio Ramón Llull (Govern de Les Illes Balears). Autor o coautor de más de treinta libros e innumerables artículos, es uno de los cinco técnicos que revisan la aplicación de la Ley de Dependencia.

MAS, Núria. Profesora asociada del Departamento de Economía del IESE Business School (Universidad de Navarra) y Cátedra Jaime Grego de Healthcare Management. Doctora en Economía

por la Universidad de Harvard y licenciada en Economía por la Universidad Pompeu Fabra. Directora académica del Encuentro Anual del Sector Sanitario del IESE. Miembro del Consejo Asesor para la Sostenibilidad y el Progreso del Sistema Sanitario (CASost) de la Generalitat de Catalunya.

NAVARRO RUBIO, María Dolores. Doctora en Medicina y Cirugía (Universidad Autónoma de Barcelona), especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública, Master of Public Health y Master of Science por la Universidad de Harvard. Master en Dirección de Comunicación (Universidad Pompeu Fabra) y en Gestión en el Tercer Sector (IESE). En la actualidad es responsable del Área de Epidemiología y Salud Pública de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud (Universidad Internacional de Cataluña) y directora del Instituto Albert J. Jovell de Salud Pública y Pacientes de la misma institución. Presidenta del Foro Español de Pacientes y miembro del Advisory Group del European Patients Forum. Con anterioridad fue subdirectora de la Fundación Josep Laporte, vicepresidenta del Foro Español de Pacientes y miembro de la Junta Directiva del European Patients Forum. Responsable de investigación de la Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médica de la Generalitat de Catalunya, directora de la Fundación Mútua de Terrassa para la Formación y la Investigación Biomédica y Social y responsable de Planificación e Investigación del Hospital Mútua de Terrassa, entre otros cargos. Es miembro de diferentes comisiones científicas a nivel nacional e internacional. Ha elaborado diferentes publicaciones y cuenta con experiencia docente e investigadora en las áreas de salud pública, salud materno-infantil, mujer, familia y comportamiento social, medicina basada en la evidencia, evaluación de tecnologías sanitarias y participación y derechos de los pacientes en la toma de decisiones sanitarias.

PASCUAL-ARGENTÉ, Natàlia. Licenciada en Ciencias Políticas por la Universidad Pompeu Fabra (2010), posee un máster en Gestión Pública (UAB-UB-UPF, 2011) y un máster en Health Economics and Policy por la Barcelona Graduate School of Economics (2013). Desde 2011 trabaja como investigadora en el Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES-UPF) y es profesora asociada del Departamento de Economía de la UPF. Desde 2013 trabaja en el IDEC-UPF como gestora de proyectos en Economía de la Salud.

PUIG-JUNOY, Jaume. Doctor en Ciencias Económicas por la Universidad Autónoma de Barcelona. Profesor titular en el Departamento de Economía y Empresa de la Universidad Pompeu Fabra (UPF). Es director del Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES-UPF) y vicedecano académico de la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de la UPF. Preside la Comisión de Análisis Económico e Impacto Presupuestario del Servei Català de la Salut desde 2014. Miembro del comité editorial de: *Health Economics, Policy and Law* y *Applied Health Economics & Health Policy*. Ha sido investigador visitante del Department of Economics, Massachusetts Institute of Technology (MIT).

RODRÍGUEZ LLUESMA, Carlos. Doctor en Management Science por la Universidad de Stanford y doctor en Filosofía por la Universidad de Navarra. Es profesor adjunto del Departamen-

to de Dirección de Personas en las Organizaciones en el IESE Business School (Universidad de Navarra). Está interesado en el papel de la tecnología en la organización del trabajo, y en especial en la dinámica de la colaboración global y virtual y el liderazgo. Su segunda línea de investigación se centra en la discreción organizativa, es decir, las rutas y los procesos de decisión mediante los que las organizaciones responden a los retos externos. Ha publicado libros y arbitrado artículos académicos y capítulos de libros, tanto en el área de la filosofía como de la dirección.

TRAPERO BERTRAN, Marta. Investigadora principal y profesora asociada en el Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES-UPF) de la Universidad Pompeu Fabra, así como investigadora en la Universidad de Castilla-La Mancha. Fue presidenta de la Asociación de Economía de la Salud (AES) española y es miembro del Interim Management Board de la European Health Economics Association (EuHEA). Además de licenciada en Económicas (2002) por la Universidad de Barcelona, ha cursado un máster de Economía Aplicada (2002) en la Universidad Pompeu Fabra y un máster en Health Policy, Planning and Financing (2006), programa compartido entre la London School of Hygiene and Tropical Medicine y la London School of Economics. Posee un doctorado en Economía de la Salud (desde 2011), realizado en HERG (Health Economics Research Group) de la Brunel University (Londres).

VISINTIN, Stefano. Fellow postdoctorado Marie Curie en el AIAS (Instituto de Ámsterdam de Estudios Laborales Avanzados) de la Universidad de Ámsterdam. Antes de incorporarse al AIAS trabajó de investigador en el IESE Business School (Universidad de Navarra) y como profesor adjunto en la Universidad Nebrija, ambas ocupaciones en Madrid. Tiene un doctorado en Economía Aplicada por la Universidad de Alcalá (Madrid) y es licenciado en Economía por la Università degli Studi di Trieste (Italia). Ejerce en el campo de la economía aplicada y está interesado en el análisis de grandes series de datos. Actualmente su trabajo está dedicado a estudiar la dinámica de los procesos de emparejamiento de la oferta y la demanda a partir de datos de encuestas.

WISBAUM, Wendy. Licenciada por la Universidad de Michigan, posee un máster en Gestión y Política Sanitaria por la Universidad de Harvard y un máster en español de Middlebury College. Es consultora en política sanitaria y salud pública. Actualmente, entre sus clientes se incluyen el Observatorio Europeo para los Sistemas Sanitarios/OMS, UNICEF, ISCIII, IESE Business School, London School of Hygiene and Tropical Medicine y London School of Economics. Anteriormente trabajó con el Observatorio Europeo para los Sistemas Sanitarios, New York Academy of Medicine, UNICEF Nueva York, y la OPS en Bolivia. Ha colaborado en varios proyectos sanitarios, así como en la redacción de informes de política sanitaria en inglés y en español.

PUBLICACIONES DE LA FUNDACIÓN DE LAS CAJAS DE AHORROS

Últimos números publicados:

PAPELES DE ECONOMÍA ESPAÑOLA

N.º extraordinario. Nuevos negocios bancarios

N.º 141. El reto de la unión fiscal europea

PANORAMA SOCIAL

N.º 18. Las nuevas tecnologías y su impacto social

N.º 19. Comida y alimentación: hábitos, derechos y salud

CUADERNOS DE INFORMACIÓN ECONÓMICA

N.º 241. La demanda nacional impulsa la recuperación económica

N.º 242. Devaluación interna y recuperación de la economía española

SPANISH ECONOMIC AND FINANCIAL OUTLOOK

Vol. 3, N.º 4 (2014). The role of domestic demand in Spain's recovery

Vol. 3, N.º 5 (2014). Spain's internal devaluation: Supporting economic recovery

ESTUDIOS DE LA FUNDACIÓN

N.º 68. Entre desequilibrios y reformas. Economía política, sociedad y cultura entre dos siglos

N.º 69. Reforma del mercado de servicios profesionales en España

PRECIO DE LAS PUBLICACIONES

AÑO 2014

Publicación	Suscripción			Números sueltos	
	Suscripción anual	Edición papel €	Edición digital €	Edición papel €	Edición digital €
Papeles de Economía Española	4 números	55	30	15	12
Cuadernos de Información Económica	6 números	40	Gratuita	10	–
Panorama Social	2 números	20	Gratuita	13	–
Spanish Economic and Financial Outlook	6 números	30	Gratuita		
Focus	6 números	–	Gratuita		
Estudios (números sueltos)	–	–	–	12	9

Los precios incluyen el IVA. No incluyen los gastos de envío.

SUSCRIPCIÓN Y PEDIDOS

INTERNET: <http://www.funcas.es/Publicaciones/Publicaciones.aspx?Id=0>

E-MAIL: publica@funcas.es

