

LA TRIPLE META EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD

Dr. Fabián Vítolo
Noble Compañía de Seguros

Pese a los enormes esfuerzos que todos los días realizan los profesionales y administradores del sector, la brecha entre la salud que tenemos y la que podríamos tener por el mismo costo continúa siendo enorme. Lejos estamos de cumplir con los seis postulados que definen la calidad asistencial descritos en el informe del Institute of Medicine “Crossing the Quality Chasm” en 2001:(1)

1. La atención no es **segura**: millones de personas en todo el mundo mueren o son lesionadas por eventos vinculados a su atención que pudieron evitarse: errores quirúrgicos, errores de medicación, infecciones asociadas al cuidado, úlceras por decúbito, caídas, etc.)
2. La atención no es **efectiva**: demasiados pacientes son sometidos a estudios y tratamientos innecesarios sin ninguna apoyatura científica.
3. La atención no está **centrada en la persona**: girando en cambio sobre los intereses de los médicos y de las instituciones. No se contemplan a fondo las necesidades de los pacientes, sus preferencias ni sus valores.
4. La atención no es **oportuna**: muchas personas deben aguardar meses para ver a un médico o acceder a procedimientos diagnósticos o terapéuticos.
5. La atención no es **eficiente**: se malgastan muchísimos recursos y tiempo en actividades que no agregan ningún valor (ej; llenado de formularios, estudios duplicados, etc.)

6. La atención no se brinda con **equidad**: hay una enorme distancia entre la atención que reciben los ricos y la que sufren los pobres.

Y no se trata de un problema de mala voluntad, ni de falta de aptitud o compromiso de la fuerza laboral. Son legiones las personas que quieren hacer bien su trabajo y que terminan también siendo víctimas de paradigmas anacrónicos y de sistemas que arrastran defectos históricos de diseño.

En el año 2008, Don Berwick, Tom Nolan y John Whittington, investigadores del Institute for Health Improvement (IHI) tuvieron en cuenta la lista de necesidades del IOM y desarrollaron el concepto que hoy es conocido mundialmente como “La Triple Meta”. Éste hace referencia a la necesidad social de una mejor atención de la salud que haga foco de manera simultánea en tres objetivos centrales: 1) Mejorar la experiencia de los individuos con su atención; 2) Mejorar la salud de la población y 3) Reducir el costo per cápita.

- 1) **Mejorar la experiencia de los individuos**: buscar que cuando las personas acudan al sistema de salud su atención sea oportuna, segura, efectiva, eficiente, centrada en la persona y brindada con equidad.
- 2) **Mejorar la salud de la población**: Muchos determinantes del estado de salud o enfermedad se encuentran por fuera del sistema de atención, pero su abordaje resulta vital si queremos lograr este objetivo
- 3) **Reducir el costo per cápita**: Mediante la optimización de los recursos con los que se

cuenta y no a través de recortes generalizados ni limitando la atención médica para quien la necesita. Se debe llegar a un menor costo mejorando el sistema. En otros temas de nuestras vidas, cuando algo es defectuoso tiende a costar más que cuando funciona bien. Lo mismo ocurre con la atención de la salud cuando se gastan fortunas para atender complicaciones que podrían haber sido evitadas y se malgastan recursos por una pobre coordinación entre los distintos ámbitos de atención.

EL IHI desarrolló la Triple Meta como una declaración de voluntad para el rediseño de los sistemas de salud que contribuya efectivamente a una mejor salud de la población a menores costos. Desde entonces, la Triple Meta se ha transformado en el marco organizacional de numerosos sistemas de salud en todo el mundo.

Definiendo la “Triple Meta”

En su artículo original, Berwick y col. sostienen que si bien se debe continuar con los esfuerzos para desarrollar y expandir mejoras específicas en la atención de los individuos en los distintos puntos de atención, no podremos alcanzar la excelencia si las iniciativas no apuntan a un sistema más amplio de objetivos interrelacionados. Estos objetivos combinados constituyen para los autores la “Triple Meta”: mejorar la experiencia de los individuos con su atención, mejorar la salud de la población y reducir el costo per cápita.

Los componentes de la Triple meta no son independientes uno del otro. Los cambios que se producen en la búsqueda de un objetivo pueden afectar los otros dos, a veces de manera positiva y otras negativa. Por ejemplo, la mejor experiencia individual suele muchas veces traducirse en un aumento de costos, sobre todo si esta mejor experiencia se asocia con la utilización de nuevas tecnologías que, si bien pueden ser efectivas, resultan muy caras. En cambio, el combate contra la sobreindicación o mala utilización de estudios diagnósticos y procedimientos terapéuticos puede llevar a mejores resultados y menores costos. La situación se hace aún más compleja porque los efectos de las medidas de mejora se manifiestan en distintos tiempos para cada objetivo: mientras que la satisfacción individual es inmediata, el retorno de la inversión en atención primaria y acciones preventivas para conseguir

una población más saludable y un menor costo per cápita puede llevar años.

La búsqueda de la triple meta es un ejercicio de balance que está sujeto a decisiones políticas, tales como las del presupuesto que se desea asignar a salud, el tipo de cobertura a brindar y la población a la que se quiere atender. En la visión de Berwick, la más importante de estas políticas debería ser la promesa de equidad: La mejora de la salud de una sub-población no debería ser alcanzada a expensas de otra. Pero este tipo de decisiones pertenecen al ámbito de la política y de la ética; no son técnicamente inherentes a la Triple Meta.

Un sistema de salud capaz de mejorar de manera continua en el camino hacia cada uno de los tres objetivos, independientemente de las limitaciones políticas que pueda tener, se verá muy diferente a un sistema pensado para cumplir sólo con el primero (experiencia de los pacientes). Sin embargo, la búsqueda equilibrada de la Triple Meta no parece estar muy en línea con el modelo de negocios de muchas organizaciones de salud. Para la mayoría, sólo una, o tal vez dos de las tres dimensiones resultan estratégicas, pero no las tres (¿interesa realmente a todos los actores la salud de la población?). Según los autores, la triple meta nos enfrenta a una paradoja: desde el punto de vista del país en su conjunto (en su caso, los EE.UU) resulta esencial: pero desde el punto de vista de muchos actores del sector salud que responden a las fuerzas del mercado, la búsqueda de los tres objetivos puede ir contra sus propios intereses.

Tomemos los hospitales privados como ejemplo: bajo la actual dinámica del mercado y del sistema de pagos, resulta absolutamente racional que los hospitales traten de llenar sus camas y expandir sus servicios, aún cuando muchos trabajos predicen que el efecto neto de esta estrategia son mayores costos sin mejora de la calidad. La mayoría de los hospitales parecen creer que la mejor forma de proteger sus finanzas es protegiendo y aumentando sus ingresos. Por supuesto que una mayor eficiencia en la producción local puede contribuir a la rentabilidad, pero las eficiencias sistémicas que aumentan la salud de la población, disminuyendo las tasas de admisión y los ingresos por prestaciones costosas pueden ser vistas como una amenaza para el negocio.

La misma dinámica de financiamiento lleva a menudo a que los hospitales sólo se focalicen en lo que ocurre dentro de sus paredes, considerando, por ejemplo, que las reinternaciones originadas en un deficiente manejo ambulatorio de condiciones crónicas es un problema de otros sobre el cual no tienen responsabilidad.

Uno de los problemas que tienen muchas naciones para cumplir con la Triple Meta es el dilema descrito por Garret Hardin en 1968 y publicado en la revista Science como “La tragedia de los comunes” (“tragedy of the commons”).(2) Se trata de una situación en la cual varios individuos, motivados sólo por su interés personal y actuando de manera independiente (pero racional), terminan por destruir un recurso compartido pero limitado (el común), aunque a ninguno de ellos, ya sea como individuos o en conjunto les convenga que tal destrucción suceda. Los estudiosos de esta problemática suelen ilustrar este concepto con el siguiente ejemplo:

“Imagínese un pastizal cuyo uso es compartido entre un número determinado de individuos. Cada uno de estos pastores tiene un número dado de animales en ese pastizal. Con el tiempo, los pastores observan que a pesar a ese uso, queda suficiente pasto no consumido como para pensar que se podría alimentar aún a más animales. Consecuentemente, uno tras otros comienzan a hacerlo. Pero en algún punto de ese proceso de expansión de la explotación del pastizal, la capacidad del mismo para proveer suficiente alimento para los animales es sobrepasada; consecuentemente, todos los animales perecen debido al agotamiento o la sobre explotación del recurso.”

Se debe reconocer que muchas veces la búsqueda racional del bien común se encuentra en conflicto con la búsqueda, también racional, del bienestar personal. Según Berwick, el gran desafío político consiste en evitar abordar el problema sosteniendo que los individuos actúan de manera irracional, sino en lograr que las nuevas medidas les resulten también racionales. Hay mucho en juego, y de hecho, el Santo Grial de la cobertura universal seguirá siendo una quimera si no logramos una acción colectiva y racional que se anteponga a intereses individuales y permita disminuir los costos per cápita.

Los cambios que se necesitan para movilizar la búsqueda de la Triple Meta son muchos y los obstáculos son abrumadores. Entre las principales barreras se

encuentran la demanda de atención dirigida por la oferta de nuevas tecnologías (muchas de las cuales tienen un impacto muy limitado sobre el resultado final), la atención centrada en el médico y la falta de una visión sistémica por parte de los profesionales y organizaciones, lo que los lleva a ignorar el impacto que sus acciones individuales tienen sobre el conjunto.

Precondiciones para alcanzar la Triple Meta

A pesar de la necesidad social y la posibilidad de tener indicadores para medir el progreso hacia cada uno de los tres objetivos, la búsqueda de la triple meta continúa siendo una excepción y no la regla. ¿Cuáles serían las precondiciones para cambiar esto?

Berwick y col. sugieren que el cumplimiento efectivo de la Triple Meta depende de tres condiciones básicas: 1) La definición de cuál es la población sobre la que se actuará. 2) La consideración de las limitaciones políticas externas (tales como el presupuesto asignado o el requisito de que todos los subgrupos sean tratados equitativamente) y 3) La existencia de un “integrador” que sea capaz de focalizarse en la población elegida y de coordinar los servicios para ayudarla a progresar en las tres dimensiones simultáneamente.

1. Definir la población de interés

El concepto de “población” no es necesariamente geográfico. Lo que define a la población, según los ideólogos de la Triple Meta, es el concepto de “enrolamiento”. Bajo esta visión, una “población” sería creada mediante un registro que siga a un grupo definido de personas a lo largo del tiempo. Algunos ejemplos de “poblaciones” así definidas serían “Todos los diabéticos de la Provincia de Buenos Aires”; “Todas las personas por debajo de la línea de pobreza”; “Todos los afiliados al Pami”; “Todos los habitantes de este municipio” o incluso “todos los pacientes que dicen que el Dr. Pérez es su médico de cabecera”. Sólo definiendo la población será posible, en principio, conocer sus experiencias con la atención, su estado de salud y el costo per cápita de los servicios. Este tipo de registros son todavía muy escasos en los EE.UU y en otros países del mundo, aún cuando la población se encuentre geográficamente definida. Crearlos requerirá de investigaciones, desarrollos e inversión.

2. La consideración de las limitaciones políticas

Las limitaciones políticas que modelan el balance buscado entre los tres objetivos de la Triple Meta no son automáticas ni inherentes a la idea. Más bien, derivan del proceso de toma de decisiones, de la política y del contrato social que quiera establecerse con la población involucrada. Una nación o provincia, por ejemplo, puede decidir que la cobertura de salud en su territorio sea universal o no; la comunidad de una ciudad o un empleador, al negociar con un gremio, puede o no decidir que no se gastarán más de tantos pesos per cápita por año en salud. Lógicamente, de manera matemática, la optimización simultánea de las tres metas requiere de restricciones en al menos dos de las tres.

3. Un integrador

Como no existe un solo sector que tenga la capacidad de mejorar por sí sólo la salud de la población, la Triple Meta explícitamente requiere que las organizaciones de salud, los ministerios de salud, los servicios sociales, los sistemas escolares y los empleadores cooperen entre sí. El fomento de esta cooperación requiere de un integrador que acepte la responsabilidad de luchar por la Triple Meta para toda su población.

Un “integrador” es una entidad que acepta la responsabilidad por los tres componentes de la Triple Meta para una población específica. Es importante destacar que, por definición, un integrador no puede excluir a miembros o subgrupos de la población por la cual es responsable. Un ejemplo muy simple de esto es el modelo de Kaiser Permanente, una de las principales gerencadoras de salud del los EE.UU, que ha podido integrar totalmente su financiamiento con la totalidad de sus prestaciones, ya sea como dueña de distintos centros o bien estableciendo alianzas exclusivas con su red prestacional. Hoy Kaiser sigue a más de diez millones de norteamericanos en cinco estados del país. Berwick y sus colaboradores del Institute for Healthcare Improvement (IHI) creen, sin embargo, que otros modelos pueden también tener un fuerte rol integrador, aún sin un financiamiento unificado o sin prestadores propios. Este papel integrador podría ser asumido por un asegurador de salud, una obra social, un grupo grande de atención primaria o incluso un hospital.

Un integrador efectivo logrará, de alguna manera u otra, vincular y coordinar la acción de distintas organizaciones de salud cuyas misiones se superponen; articulará políticas con salud pública y con los servicios sociales; reconocerá y responderá a las necesidades y preferencias individuales de los pacientes; estará atento a las necesidades y oportunidades de la población en su conjunto (ya sea que la gente busque o no ser atendida) y conocerá el costo total de la atención. Esta importante función de conectar a distintas organizaciones en la continuidad de la atención obliga a que el integrador sea una sola organización que pueda inducir conductas coordinadas y lograr que los distintos prestadores trabajen como un sistema para la población definida. El rol de integrador no debería dejarse librado a la dinámica del mercado.

Funciones de un integrador

El papel del integrador incluye al menos cinco componentes: 1) Creación de una sociedad con los pacientes y sus familias; 2) Rediseño de la atención primaria; 3) Gerenciamiento de la salud de la población; 4) Manejo financiero y 5) Integración entre el macro y el micro sistema.

1. Creación de una sociedad con los pacientes y sus familias

La búsqueda de la Triple Meta requiere que la población a la cual se sirve esté mejor y continuamente informada, tanto sobre los determinantes de su propio estado de salud como también de los beneficios y limitaciones de las prácticas y procedimientos individuales. Más que restringiendo el acceso, estableciendo copagos o generando trabas burocráticas, un integrador efectivo debería trabajar persistentemente para cambiar la cultura del “más es mejor” a través de la transparencia, la capacitación sistemática, la comunicación y la toma de decisiones compartidas con sus pacientes y comunidades. Muchos miembros de la población, especialmente aquellos con enfermedades crónicas, necesitan de alguien que pueda trabajar con ellos para establecer un plan que atienda sus necesidades de manera continua, los guíe a través de la jungla tecnológica de la atención aguda, abogue por ellos y los interprete.

2. Rediseño de la atención primaria

Un integrador efectivo fortalecerá la atención primaria de la población. Para cumplir con esto, no se requiere que los médicos sean los únicos o principales prestadores. Recientemente, se han propuesto principios para expandir el rol de la atención primaria bajo el título de medicina domiciliaria. Este rol expandido incluye el establecimiento de relaciones a largo plazo entre los pacientes y su equipo de atención primaria; el desarrollo compartido de un plan de atención; la coordinación de la misma, incluyendo el acceso a especialistas y hospitales; la provisión de accesos innovadores a los servicios a través del gerenciamiento de turnos; la conexión a recursos de la comunidad y a nuevas formas de comunicación entre los individuos, familias y el equipo de atención primaria facilitada por una historia clínica personalizada bajo control del paciente. El integrador asumiría la responsabilidad de construir estas capacidades y de aportar la infraestructura necesaria para este nuevo rol de la atención primaria.

3. Gerenciamiento de la salud de la población

El integrador sería el responsable de desplegar ante la población definida todos los recursos disponibles, o bien de especificar a otros de qué manera se utilizarán estos recursos. La segmentación de la población, quizás de acuerdo a su estado de salud, nivel de apoyo familiar o nivel socioeconómico, facilita una asignación eficiente y equitativa de los recursos. A su vez, la creciente disponibilidad de información de salud de alta calidad y confiable en Internet puede ayudar a que todos los segmentos manejen mejor su salud y comprendan las opciones diagnósticas o terapéuticas.

Hoy, los procesos de atención están en general diseñados para responder a las necesidades específicas de pacientes individuales y no para anticiparse y modelar los patrones de atención de importantes subgrupos. Un integrador actuaría de manera diferente, asignando mucho más valor y recursos, por ejemplo, al control e intercepción de signos precoces de deterioro entre los 100 pacientes con Insuficiencia cardíaca congestiva a cargo de un médico o de los 1000 pacientes en esa condición que visitaron tal hospital en el último año.

Es sabido que el mayor número de muertes en casi todos los países es ocasionado por patrones de conducta que son mayormente desatendidos por la mayoría de los actores del sistema de salud: tabaquismo, obesidad, abuso de sustancias, violencia, mala nutrición, elecciones inseguras. Un integrador reforzaría los esfuerzos preventivos y estimularía la cooperación con los programas gubernamentales tendientes a desalentar estas conductas.

4. Control y manejo financiero

El actual sistema de financiamiento de la salud es un reflejo de la fragmentación del sector. Un integrador efectivo debería garantizar que la asignación de recursos y el pago de las prestaciones se encuentren alineados con la Triple Meta. Un primer paso para abordar el control de gasto sería definir, medir y transparentar el costo per cápita de la atención de la población definida. Refiriéndose a los Estados Unidos, Berrwick y col. sostienen que, por ejemplo, las compañías podrían comenzar a mostrar en los recibos de sueldo de sus empleados lo que pagan en concepto de seguro de salud. El Medicare y Medicaid podría a su vez brindar a las distintas regiones la información del costo por beneficiario, lo que permitiría la comparación de costos y de inflación a lo largo y ancho del país.

La racionalización y el control del costo per cápita se vería muy apuntalada si existieran iniciativas anuales tendientes a reducir el malgasto en todas sus formas, especialmente en procedimientos, análisis y consultas que se originan de la repetición de trabajos ya hechos, de errores, de cuidados no científicos o de servicios que no agregan ningún valor. George Isham, Director Médico de Health Partners de Minneapolis, ha abogado por un proyecto que permita identificar las 10 formas más comunes de malgasto en cada una de las especialidades médicas.⁽³⁾ Cualquier integrador interesado en generar valor debería interesarse en este tipo de listas. Un indicador del progreso hacia la Triple Meta sería ver a los médicos liderando activamente los esfuerzos para reducir el malgasto.

Pero tal vez el mayor desafío radique en cortar con la dinámica de la atención dirigida por la oferta y comenzar a asignar mejor los recursos según las necesidades subyacentes. Un integrador inteligente abordaría con cierto escepticismo las inversiones en

nuevas tecnologías, requiriendo un análisis profundo de su costo efectividad. Los presupuestos operativos deberían estimular un pensamiento sistémico que vaya más allá de los límites de las propias instituciones. La pregunta típica de un integrador sería por ejemplo: “¿Qué es mejor para la Triple Meta: dos nuevas enfermeras de atención domiciliaria o un nuevo cardiocujano?”. Los buenos integradores deberían estimular a través de incentivos (y si es necesario de regulaciones) límites muy estrictos al crecimiento no planificado de servicios o instituciones.

Según Berwick y col, en un sistema comprometido con la Triple Meta, tanto las políticas gubernamentales como los contratos de compra y los mecanismos del mercado llevan establecer topes en el gasto total, con objetivos de crecimiento anual estrictamente limitados.

5. Integración del sistema a nivel macro

Un integrador consciente debería aspirar a que todas las prestaciones que brinda o que contrata para la atención de su población (tanto las prestaciones individuales como las intervenciones a nivel poblacional) estén basadas en la evidencia y sean altamente confiables. Para conseguir esto, todos los involucrados en el sistema de atención deberían tener un fácil acceso a fuentes de conocimiento médico actualizado, definiciones estandarizadas de *calidad* y de *costos* y a indicadores sobre el funcionamiento del sistema recolectados y distribuidos por un cuerpo confiable. De hecho, lo ideal sería que tanto los pacientes como los prestadores, administradores y organizaciones en general recibieran de manera regular reportes acerca de “estado del sistema”, en cuanto a su confiabilidad, adherencia a la evidencia, costos y progresos realizados en busca de los tres objetivos de la Triple Vía.

En la mayoría de los casos, no se requiere que sea al integrador quien brinde la totalidad de servicios necesarios de manera directa. Muy probablemente deba tercerizar algunas prestaciones mediante acuerdos comerciales diseñados a conciencia para facilitar el cumplimiento de la Triple Meta. Michael Porter y Elizabeth Teisberg han llamado a redefinir el concepto de “competencia” en la atención de la salud.⁽⁴⁾ Sostienen que el verdadero valor se agrega cuando se obtienen los mejores resultados al menor costo posible de manera sostenida en el tiempo. Un integrador, siguiendo esta lógica debería contratar con un grupo

multifuncional de proveedores que sirvan a una subpoblación específica.

¿Cómo medir el progreso hacia las tres metas? Indicadores

Una vez que el integrador ha creado un adecuado sistema de gobernanza, necesita establecer un propósito claro en la búsqueda de la triple meta, identificando el portfolio de proyectos e inversiones necesarias para apoyar dicha búsqueda. Deberá generar su vez indicadores convincentes que permitan medir el progreso en cada dimensión.

Si bien esta estrategia aparenta fácil desde lo teórico, en la práctica, la mayoría de las organizaciones que abrazan la Triple Meta se encuentran con enormes dificultades para definir cuáles son los mejores indicadores a utilizar y para acceder a la información que necesitan para medir el progreso hacia cada uno de los tres objetivos.

Durante la última década, han participado de la iniciativa de la Triple Meta del IHI más de 100 sitios de todo el mundo, incluyendo planes de salud, sistemas de salud integrados, servicios sociales y coaliciones regionales. El Instituto los alentó para que desarrollen sus propios indicadores en base a los datos a los que tenían acceso en su organización o comunidad, analizando cuál era la mejor manera de obtenerlos y viendo si era posible contar con otras fuentes nuevas de datos. Lo aprendido constituyó la base del documento del r “*A Guide to Measuring the Triple Aim*”, publicado en 2012 y accesible en internet. En el mismo, los investigadores del Instituto proponen una serie de distintos indicadores para medir cada uno de los tres objetivos (salud de la población, experiencia de los individuos y costo per cápita) (IHI A guide..) (5)

1. Indicadores de salud de la población

a) Resultados de salud:

- Mortalidad: esperanza de vida; años potenciales de vida perdidos; tasa de mortalidad estandarizada.
- Esperanza de Vida Sana (-EVAS-, que combina la esperanza de vida y el estado de salud en una sola medida)

- Salud/Estado Funcional: con una sola pregunta como “¿Ud. Diría que en general su salud es Excelente, Muy buena; Buena, Regular o Mala? (Ej: CVRS 4- Calidad de Vida Relacionada con la Salud, desarrollada por el CDC) o multidominio, donde se realizan muchas preguntas del tipo “¿Puede subir escaleras? ¿Tiene dolor que le impida realizar tareas diarias? (Ej: Cuestionario SF-12, Cuestionario EuroQuol)

b) Carga de la enfermedad:

- Incidencia (tasa anual de inicio, edad promedio de inicio) y/o prevalencia de las principales enfermedades crónicas; resumen de los resultados del modelo predictivo.

c) Factores de riesgo conductuales y fisiológicos:

- Los factores conductuales incluyen tabaquismo, consumo de alcohol, actividad física y dieta.
- Los factores fisiológicos incluyen presión arterial, índice de masa corporal, colesterol y glucemia.
- Posible indicador: Cuestionario ERES (Evaluación de Riesgos en Salud)

2. Indicadores de la experiencia de los individuos con su atención:

- Preguntas estándar a partir de las encuestas a pacientes, por ejemplo, la encuesta CAHPS –Consumer Assessment of Healthcare Providers del Medicare, patrocinada por la Agencia de Investigación en Calidad de los EE.UU (AHRQ) - disponible en español-, la cual dentro de una serie de preguntas solicita a los pacientes que califiquen su atención de 0 a 10). También puede utilizarse la encuesta ¿cómo está su salud? (www.howsyourhealth.org) que pide a los consumidores que evalúen su experiencia

de atención en una escala que va de 1 a 5. (“Cuando piensa en la atención de su salud, cuánto concuerda o discrepa con la siguiente afirmación, “Recibo exactamente lo que quiero y necesito exactamente cuando lo quiero y necesito.”)

- Conjunto de indicadores basados en las principales dimensiones de la calidad: seguridad, efectividad, eficiencia, oportunidad, equidad y atención centrada en la persona.
- Otros sistemas de salud utilizan como indicador de la experiencia la respuesta a la pregunta: ¿Recomendaría a un amigo?

3. Indicadores del costo per cápita

- Costo total por cada miembro de la población por mes
- Tasa de utilización del hospital y del departamento de urgencias

Conceptualmente, la medición del costo per cápita es más directa que la medición de la salud de la población o la experiencia de los individuos, ya que involucra unidades monetarias comunes que pueden agregarse o desagregarse con facilidad. En la práctica, sin embargo, la medición de los costos es complicada por una serie de factores: de manera similar a lo que ocurre cuando se quiere medir la salud de la población, el costo per cápita requiere que la población esté claramente definida en el denominador. Esto resulta problemático, ya que en muchísimos casos existe una gran separación entre el sistema de prestaciones y su financiamiento que hace difícil identificar a la población que está siendo servida por el sistema de salud. A esto se suma que no siempre queda claro qué costos incluir y desde qué perspectiva.

Cuando se toman en conjunto, la combinación lo indicadores de cada uno de los objetivos de la Triple Meta brindan un marco para medir “valor” en la atención de la salud. El valor puede conceptualizarse como la optimización de la Triple Meta, reconociendo que las tres dimensiones pueden tener un peso distinto para los diferentes actores. La medición aislada de los costos no tiene mucha utilidad; necesita estar

combinada con indicadores de las otras dos dimensiones de la Triple Meta. La combinación del costo per cápita y de la experiencia de atención permite medir la “*eficiencia*”. Similarmente, la combinación de los indicadores de salud de la población con los de la experiencia individual permite medir la “*efectividad*” del cuidado, o la “*efectividad comparativa*”, cuando se quiere comparar distintas alternativas de tratamiento. La combinación de las tres dimensiones de la Triple Meta (salud de la población, experiencia individual y costo per cápita) permite medir la “*costoefectividad*” o “*valor*”.

Las claves del éxito

En el año 2010, la Triple Meta pasó a formar parte de la estrategia nacional de los EE.UU para abordar sus problemas de salud, jugando un rol importante en la implementación de la reformas propuestas por el Presidente Obama bajo la Ley de Protección de los Pacientes y de Atención Asequible (*Patient Protection and Affordable Care Act*).

Desde entonces, el IHI y otros han trabajado de manera conjunta para determinar la mejor forma de implementar las acciones propuestas en la Triple Meta. Más de 140 organizaciones de todo el mundo han participado en los últimos años de un proyecto colaborativo destinado a intercambiar experiencias en la implementación conjunta y simultánea de los tres objetivos. Forman parte del proyecto sistemas de salud enteros, hospitales, aseguradoras de salud y otros actores del sector. También se encuentran representados en el estudio grupos clave externos al sistema de salud como servicios sociales y coaliciones de comunidades. Este trabajo colaborativo brindó una estructura para la investigación observacional. El progreso en los distintos sitios fue definido como la demostración de mejoras en los indicadores de proceso o de resultados definidos en la Triple Meta. Luego de analizar los contrastes entre los distintos contextos y estructuras de los sitios que progresaron y los que no, los investigadores del IHI desarrollaron una teoría *ex post facto* de lo que una organización o comunidad necesita para cumplir exitosamente con la Triple Meta. Esta teoría, que resume 7 años de trabajo, fue publicada por los investigadores del IHI el año pasado (2015) en la revista *The Milbank Quarterly*. Whittington (autor del trabajo original) y sus colaboradores aprendieron que para alcanzar la Triple Meta se requiere la ejecución

exitosa de 3 componentes claves: 1) Sentar las bases para el manejo de poblaciones; 2) Gestionar los servicios a la escala de la población y 3) Establecer un sistema de aprendizaje para impulsar y sostener el trabajo en el tiempo.

1. Sentar las bases para el manejo de poblaciones

Los elementos claves para sentar estas bases serían a su vez tres: a) identificar la población relevante, b) crear o identificar una estructura de gobernanza y c) articular un propósito.

a) Identificar la población relevante:

Los sitios participantes del proyecto colaborativo escogieron poblaciones que los investigadores dividieron en dos grupos: poblaciones enroladas y poblaciones regionales/comunitarias. Las primeras consistían en grupos de individuos que estaban cubiertos por un sistema de salud o cuya atención era financiada a través de entidades o planes específicos de seguros de salud. Ejemplo de poblaciones enroladas son los empleados de una organización o los beneficiarios de un plan de salud. En ambos casos, los miembros de la población enrolada se conocen con bastante certeza. Las poblaciones regionales o comunitarias son segmentos de población definidas geográficamente. Los segmentos de una población comunitaria comparten necesidades o problemas comunes, como por ejemplo todos los recién nacidos de bajo peso o todos los adultos mayores con necesidades complejas. Estos individuos pueden recibir atención de distintos sistemas, pueden o no estar asegurados y estar o no bajo el radar del sistema de salud. Es por lo tanto muchas veces difícil definir esta población con certeza.

b) Identificar una estructura de gobernanza:

Para progresar hacia la Triple Meta, se necesitan identificar las estructuras de liderazgo que supervisarán el trabajo (líderes a todos los niveles) y los recursos necesarios para integrar las iniciativas e inversiones en la búsqueda simultánea de los tres objetivos. Para los sitios con poblaciones enroladas, la gobernanza suele estar representada por la gerencia de los planes o sistemas de salud que brindan cobertura a dicha población. Si se trata de poblaciones regionales, se necesita la creación de una verdadera coalición entre

distintos actores. Ambos tipos de estructura de gobernanza requieren de un gran conocimiento del ambiente económico y político que puede afectar su trabajo. Cuanto más concentrada esté una organización o coalición en mejorar la salud de su población, más probable es que explore los determinantes sociales que impactan sobre la misma, debiendo entonces ampliar sus estructuras de gobernanza y crear sociedades con otros sectores. Esta estructura es la que cumpliría el rol de integrador descrito. Desde el mismo origen de la idea, el rol del integrador de los servicios, que acepta la responsabilidad de buscar la Triple Meta y de asignar los recursos para apoyar el trabajo ha sido parte del corazón del proyecto. Sin embargo, los investigadores aún no logran llegar a un consenso acerca de la estructura ideal de dicho integrador. Algunos proponen entidades tales como departamentos de salud pública, un sistema de salud dominante o terceros pagadores con una gran participación de mercado. Otros postulan que no existe ninguna entidad que esté naturalmente posicionada para integrar los servicios y recursos necesarios para cumplir con la Triple Meta. Lo que queda claro es que la coordinación y colaboración necesaria entre distintos actores que a menudo compiten entre sí pone a prueba aún a los líderes más talentosos, ya que deben en cuenta no sólo el contexto político sino también los intereses cruzados de los distintos actores, algunos de los cuales no se beneficiarían sino que se verían perjudicados si finalmente se cumplieran todos los objetivos... ¿Realmente interesa a todos una población más sana?

c) Articular un propósito:

Uno de los determinantes del éxito es la definición clara de los que se quiere conseguir y por qué. Una declaración de propósito sería, por ejemplo: *“Mejorar la salud de la población, manteniendo o mejorando la experiencia de atención y reduciendo los costos”*. Sin un propósito común, resulta muy difícil que los distintos actores puedan alinear su área de responsabilidad con los objetos de la Triple Meta. Ya sea que el propósito esté guiado por motivaciones económicas o por el deseo de mejorar la salud de la comunidad, el propósito que reúne a todos debe quedar bien explicitado.

2. Gestionar los servicios a la escala de la población

Luego de establecer las bases para el manejo de las poblaciones, la ejecución de la Triple Meta requiere la evaluación de las necesidades y activos de la población a la que se sirve. Este conocimiento debe ser utilizado para la creación de un menú de proyectos, el rediseño de los servicios para atender las necesidades de la población y para que lleguen a quienes lo necesitan. Para hacer esto, las organizaciones deben expandir su actual visión de lo que significa “servicios”, que debería ir más allá de aquellas prestaciones disponibles en los programas médicos para contemplar también todos aquellos servicios que puedan beneficiar a su población en particular, creando una red de alianzas con los servicios públicos de salud, los servicios sociales y otros recursos de la comunidad que se ajustan mejor a las necesidades de quienes sirven.

3. Establecer un sistema de aprendizaje para impulsar y sostener el trabajo en el tiempo

El tercer componente para progresar en el camino hacia la Triple Meta es la creación de un sistema de aprendizaje que permita mejorar y sostener el trabajo en el tiempo. Un sistema de este tipo estimula la utilización de indicadores y de feedback. A partir de las experiencias de las organizaciones participantes en el estudio colaborativo, los investigadores consideraron que los siguientes elementos son claves para el aprendizaje conjunto:

- Utilizar indicadores de nivel poblacional
- Explicitar las razones para el cambio del sistema
- Aprender mediante ciclos como el PDSA (Plan-Do-Study-Act)
- Utilizar casos informativos para “actuar con el individuo y aprender para la población.
- Seleccionar líderes para dirigir y supervisar los sistemas de aprendizaje.

Algunas Conclusiones

En el trabajo original sobre la Triple Meta los autores finalizan preguntándose: “¿Cómo saber de un vistazo si la atención de una población determinada está progresando hacia la Triple Meta? Su respuesta

contiene tres factores: Primero, los hospitales involucrados en la Triple Meta deberían tratar de estar más vacíos, no más llenos. Deberían celebrar como un éxito que su población necesite cada vez menos del hospital. Segundo, se observaría que la dinámica de la atención generada por la oferta - *supply driven care*- ya no es tan fuerte y que los pacientes extraen recursos del sistema y no viceversa. Y tercero, los pacientes, al referirse a quienes tratan de mantener y restaurar su salud, dirían “*me recuerdan*”. Reconocerían que el sistema de salud es consciente de sus necesidades, deseos y oportunidades para una mejor salud aún cuando ellos mismos se olvidan. El sector salud también sería consciente de que las personas tienen un mejor destino para sus ingresos que el pago por una atención que no necesitan o para la atención de enfermedades que podrían haber sido evitadas.

El alcance de la Triple Meta es cada vez menos un problema técnico. A partir de las experiencias de muchos países y de la evidencia científica, contamos hoy con la posibilidad de tener sistemas de salud viables y basados en la evidencia que arrojen mejores resultados de los que hoy tenemos en cada uno de los tres objetivos propuestos. Las restantes barreras no son técnicas sino políticas. El dolor que produce el cambio de paradigmas en casi todos los actores del sector salud y la salida del status quo es lo que impide que aprovechemos las enormes ventajas que una atención más integrada podría tener sobre los distintos componentes de la Triple Meta.

Bibliografía

Este artículo resulta de la traducción, síntesis y adaptación de tres documentos centrales producidos por investigadores del IHI (Institute for Healthcare Improvement) en la última década

- Berwick DM, Nolan TW, Whittington J, The Triple Aim: Care, Health and Cost. *Health Affairs*. Volume 27, N° 3 (2008)
- Stiefel M, Nolan K. A guide to Measuring the Triple Aim: *Population Health, Experience of Care and Per Capita Cost* .IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; (2012). Disponible en www.IHI.org
- Whittington JW, Nolan K, Lewis N; Torres T. Pursuing the Triple Aim: The first 7 years. *The Milbank Quarterly* Vol 93, N°2 (2015)

Se mencionan a continuación otros artículos y fuentes citados y/o consultados:

1. Institute of Medicine (IOM). *Crossing the Quality Chasm: A new Health System for the Twenty first Century*. (Washington, National Academy Press, 2001)
2. Hardin G. The Tragedy of the Commons. *Science*. Vol 162. N° 3859. 12 Dec. 1968
3. Isham G. *The Richard and Hinda Rosenthal Lectures 2005: Next Steps toward Higher Quality Health Care*. (Washington. National Academy Press, 2006)
4. Porter M, Teisberg E. *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results* (Boston:Harvard BusinessSchool Press, 2006)
5. Pedro, D. En búsqueda de la triple meta: una invitación a la exploración conjunta. *Vía Salud*, 16 (1) 4-11