

En búsqueda de la triple meta: una invitación a la exploración conjunta

■ Pedro Delgado

MSc. Director ejecutivo del Institute for Healthcare Improvement, Cambridge, MA, Estados Unidos
pdelgado@ihi.org

¿Cómo citar este artículo?

Pedro, D. (2012). En búsqueda de la triple meta: una invitación a la exploración conjunta. *Via Salud*, 16 (1), 4-11.

Resumen

La *triple meta* se refiere a la búsqueda simultánea de la mejor salud posible de la población, ofreciendo la mejor experiencia en atención en salud, al costo per cápita más justo. Durante los últimos cinco años el Institute for Healthcare Improvement ha creado una comunidad global de aprendizaje alrededor de este tema en países de altos ingresos. El artículo describe las características básicas del concepto y propone una serie de preguntas y provocaciones para los diversos actores de la salud que invitan a considerar la creación de una comunidad de aprendizaje de la triple meta al servicio del bienestar de nuestras poblaciones, en Colombia y Latinoamérica.

Palabras clave: triple meta, sistema, atención, servicios, comunidad, población, salud, retos, organizaciones, actores, recurso, bienestar, costo per cápita, experiencia de la atención.

Introducción

En el mundo, obtener el bienestar de la población es, en términos generales, la meta de más alto nivel del sector de la salud. El bienestar per se ("estar y sentirse saludable") tiene una correlación comprobada con el desarrollo económico de una región o país, por lo cual su búsqueda se convierte en una misión que se extiende más allá de este sector. A pesar de la contundencia

de esta realidad, la complejidad de la obtención del bienestar en salud (como bien, como recurso) implica, con frecuencia, que los diversos protagonistas dentro del sector actúan aislados en el logro de sus propias metas, que pasan por alto la interdependencia del sistema y que causan fragmentación, resultados variables, altos costos, entre otras consecuencias negativas. Además, existen importantes retos asociados con el trabajo intersectorial entre salud y otros sectores que

afectan directamente la salud poblacional, que no serán parte de la discusión de este artículo.

En las próximas páginas describiré algunas características de la problemática contextual del tema de la salud, diversos dilemas y paradigmas que enmarcan las distintas escogencias del presente y del futuro y la triple meta (desde su creación y conceptos asociados), a la vez que propondré unas preguntas que se convierten de por sí en invitaciones a crear una comunidad de aprendizaje.

Punto de partida: orgullo, complejidad y paradigmas emergentes

El sistema colombiano es uno de los más reconocidos en América Latina. El orgullo asociado a este reconocimiento se enfrenta con la certeza de que todavía hay mucho camino por recorrer. Basta con explorar indicadores básicos con la lupa de la inequidad social (véase cuadro 1 para ilustrar esta realidad), un problema que nos afecta a todos en Latinoamérica, ya que en muchos de nuestros países, mientras un pequeño porcentaje de la población tiene ingresos altos, la mayoría vive en el umbral de la pobreza, y un grupo importante padece de ingresos de menos de dos dólares diarios. Como muestra, un botón: al comparar el estrato más pobre con el estrato de mayores recursos, encontramos que la mortalidad infantil es casi el doble y el embarazo adolescente, casi cinco veces más alto.

Con raras excepciones, los sistemas de salud tienden a ser ineficientes a la hora de promover la salud de la población y de proveer servicios de calidad que resulten en experiencias excelentes de atención, particularmente si se tiene en cuenta la magnitud de los recursos invertidos. Esto ocurre a pesar de las buenas intenciones de los profesionales de la salud, los administradores y el resto de los participantes del sistema. El ejemplo más extremo lo representa Estados Unidos de América. Con un gasto per cápita anual casi catorce veces más alto que el de Colombia, su sistema está lleno de retos: fragmentado, con malgasto ubicuo, donde el acceso no es universal y donde se prestan servicios de altísima variabi-

CUADRO 1

LA COMPLEJIDAD DE LA SALUD EN EL CONTEXTO DE LA POBREZA

Los lectores de esta publicación seguramente están familiarizados con algunos de los personajes ficticios que presento a continuación, a manera de ilustrar los marcados contrastes que siguen siendo el pan nuestro de cada día alrededor de Latinoamérica:

Juan Pérez vive en la zona más exclusiva de Bogotá. Su madre, que ya roza los ochenta años de edad, se mantiene en buena salud. Su hija María, de diecisiete años, salió embarazada inesperadamente. Juan y su esposa Carolina la llevaron de inmediato a confirmar su sospecha, con su médico de preferencia, en el hospital privado que siempre los ha tratado tan bien. Al término de nueve meses, y luego de numerosas visitas de chequeo y los ecosonogramas de más alta tecnología, Carolina nació sin ningún problema, saludable.

Juan Pérez vive en la zona más pobre de Bogotá. Su padre murió de un infarto fulminante a los sesenta años de edad, luego de quejarse repetidamente de cansancio constante, que sus ocho hijos concluyeron se debía simplemente a su gordura excesiva. Su hija María, de diecisiete años, acaba de perder una bebé. La mamá de María simplemente no tenía tiempo para brindarle ninguna atención ni orientación, ya que además de cuidar a sus seis hijos, tenía que trabajar en el poco tiempo disponible para hacerlo. María continuó con su estilo de vida excesivo, entre fiesta y fiesta, sin darse cuenta de su embarazo, hasta que un día el sangramiento fue tan agudo, y su desmayo, tan inesperado, que de alguna manera la llevaron al hospital público más cercano a ver lo que pasaba. Fue demasiado tarde.

Pedro López sabía que viajar veinte días al mes era demasiado, no solo por la cantidad de trabajo que siempre lo esperaba, sino por el estilo de vida en el cual, además de los restaurantes, los cigarros y el alcohol a diario, no había tiempo libre de ningún tipo. Su médico de cabecera se lo había dicho: “Pedro, si no cambias, te vas a llevar un susto. Tu corazón no aguanta más abusos”. Entre medicamentos, una alimentación balanceada y un cambio de estilo de vida marcado que incluía espacios diarios para hacer ejercicio, Pedro volvió a su peso ideal y comenzó a sentirse “normal” de nuevo.

Pedro López trabajaba siete días a la semana (“al menos tengo trabajo”, seguía repitiéndose internamente cuando sentía que ya no podía ni quería más). Para mantener un hogar con tantos hijos era casi imposible, a pesar de que vivían con lo mínimo posible. Los hábitos nómadas de su trabajo lo tenían obstinado, pero no veía salida más allá de los cigarrillos que hacían que el tiempo pasara más rápido. La promesa de la “ciudad”, por la cual se mudó a Bogotá a los quince años, se había evaporado hacía mucho. Su salud iba cuesta abajo, y en el último chequeo en el centro de salud comunitaria le dijeron algo acerca de azúcares y lípidos que ni recordaba, ni sabía exactamente qué hacer para mejorar. Y tratar de cuidar de su padre afectado por un accidente cerebro-vascular era imposible. Entre frituras y harinas, Pedro seguía aumentando de peso y sintiéndose más y más cansado a diario.

El desenlace lo construirán los lectores, incluida la definición de qué tipo de sistema será capaz, en el futuro, de mantener a todos los personajes ficticios saludables, brindando una atención excelente, a costos justos.

lidad en términos de calidad, como lo demuestra la tarjeta de puntuación (*scorecard*) de la Commonwealth Fund Commission, que lo posiciona en el puesto 31, en términos de expectativa de vida, y 36, en términos de mortalidad infantil, a pesar de ser con gran distancia el primero en términos de inversión (per cápita).

Por otro lado, sabemos que la salud es un *recurso complejo*. Algunos ejemplos ilustrativos son la enfermedad y sus variables, comenzando con la anatomía y fisiología del ser humano y continuando con su edad, circunstancias, medio en el que vive, etc. La prestación de servicios de salud, en su distribución tradicional de niveles

(atención primaria, secundaria y terciaria), impone retos de coordinación, integración, necesidad de visión común y la manera en la cual dichos servicios se financian mediante diversos esquemas de pagos individuales e institucionales. En la actualidad, la complejidad ha aumentado de manera exponencial, debido a una serie de factores, como los avances en tecnología y comunicación y el aumento de la longevidad. Dichos factores, expresión de progreso y causa de satisfacción, son al mismo tiempo retos y oportunidades.

La complejidad tiene un efecto claro en la *óptica* de cada uno de los actores¹ involucrados. El profesor W. E. Deming solía decir que “la meta define al sistema”. Si preguntamos a un profesional en salud, a un gerente en salud, a un encargado de políticas públicas en salud, a un paciente, a un ciudadano o a un asegurador, cuál es la meta del sistema de salud, las respuestas muy probablemente serían divergentes y brindadas desde su *óptica* individual.

La complejidad requiere un *cambio de paradigma*, del tradicional al necesario para el futuro, y a pesar de que hay sistemas ya adentrados en el cambio, la transición no tiende a ser la norma. El paradigma tradicional de sistemas de salud (1,2) se enfoca en la enfermedad y, por ende, en la curación. Los médicos son el centro de la provisión de servicios, la cual se concentra en hospitales (y en niveles de atención “fijos”), y se brinda a pacientes pasivos, a través de contactos episódicos, enfocados en la productividad (llenar camas, “tratar” muchos pacientes) y en sistemas lineales. En muchos casos, este paradigma resulta en fragmentación, altos costos, alta variabilidad en términos de calidad, y cada actor vela por su interés particular sin importar el “sistema”, el cual no tiene una meta común.

Este paradigma, todavía muy presente en el mundo, es más y más percibido como un anacronismo, completamente asincrónico con la realidad que enfrenta y los recursos humanos y tecnológicos a su disposición. El paradigma presente y futuro (1,2) se centra en la promoción de la salud y la prevención, brindando servicios a través de equipos multidisciplinarios, en *sistemas* integrados de redes de atención enfocados

hacia la calidad, a pacientes activos e involucrados que codiseñan servicios y coproducen salud, optimizando recursos en todos los ámbitos.

Dilemas y ángulos para considerar: la salud como un bien o recurso común

Una posibilidad latente: la tragedia de los bienes o recursos comunes

La *tragedia de los comunes* (3) describe una situación en la cual varios individuos, motivados únicamente por el interés personal y actuando independiente pero racionalmente, terminan por destruir un recurso compartido limitado (el bien o recurso *común*), aunque a ninguno de ellos, ya sea como individuos o en conjunto, les conviene que tal destrucción suceda. La ilustración más conocida de este dilema es aquella de la pradera compartida por un número cualquiera de pastores. Cada uno de ellos tiene varios animales en la pradera, y observan que a pesar de su uso, queda suficiente pasto no consumido como para pensar que se podrían alimentar aún más animales. Y, así, cada quien sigue sumando animales hasta que la capacidad de la pradera para proveer suficiente alimento a los animales es excedida, y eventualmente, los animales comienzan a perecer, pues el pasto se acaba.

Al transferir las implicaciones de la fábula al sector de la salud (4), donde existe el riesgo de que los diversos actores se comporten como los personajes de la fábula, se plantean escenarios en los cuales todos pierden, con las consecuencias reales que este desenlace pueda provocar.

Evitando la tragedia: un ángulo para considerar

Elinor Ostrom (5,6) ganó el Premio Nobel de Economía en el 2009 por su trabajo acerca de la gobernanza económica, especialmente de los recursos o bienes comunes (*common pool resources*). Estos se definen como bienes económicos compartidos, independientes de cualquier sistema de derechos legales de propiedad. Ostrom propone que la complejidad de los recursos locales, regionales y nacionales requiere sistemas complejos de

gobernanza (*policéntricos*) que involucren la contribución ciudadana más allá del Estado.

Sus elegantes investigaciones son la cara opuesta de la tragedia ya descrita. Al contrario del dilema de Hardin (3), Ostrom encontró alrededor del mundo experiencias exitosas de autorregulación, desde pescadores hasta pastizales y sistemas de irrigación, que demuestran que los bienes comunes pueden ser administrados de forma efectiva por un grupo de usuarios (autogobierno) para asegurar su sustentabilidad y preservación. Es decir, los participantes elaboran sus propias reglas y régimen de gobernanza, con sujeción a ciertos principios generales:

- Límites claramente definidos: los individuos o grupos familiares con derecho a retirar cierta porción del acervo común y los límites del propio recurso están claramente definidos.
- Congruencia entre las reglas de apropiación y de abastecimiento y las condiciones locales: las reglas de apropiación que restringen el tiempo, el lugar, la tecnología o las cantidades del recurso que se pueden utilizar están relacionadas con las condiciones locales y a las reglas de abastecimiento que demandan trabajo, materiales o dinero.
- Acuerdos de elección colectiva: la mayoría de los individuos que se ven afectados por las reglas de operación pueden participar en su modificación.
- Supervisión o monitoreo: revisión de las condiciones del recurso y el comportamiento de los dueños.
- Sanciones graduales: los propietarios que violen las reglas operativas recibirán sanciones graduales, dependiendo de la seriedad y el contexto de la falta, por parte de los demás propietarios, de los oficiales designados por los propietarios o por ambos grupos.
- Mecanismos para la resolución de conflictos: los propietarios y sus autoridades tienen un acceso rápido a una serie de instancias locales que, a bajo costo, les permite resolver los conflictos generados entre los dueños, o entre los dueños y las autoridades.
- Un mínimo reconocimiento al derecho a organizarse: el derecho de los usuarios para diseñar sus propias instituciones no

debe verse amenazado por las autoridades gubernamentales externas. Los usuarios frecuentemente diseñan sus propias reglas sin haber creado jurisdicciones gubernamentales formales para este propósito.

No pretendo crear debates filosóficos entre estas dos posibilidades, ni extrapolar sus argumentos uno a uno al campo de la salud como verdades absolutas. Los utilizo como vehículos ilustrativos de escenarios posibles, y a la luz de un concepto que gravita en la intersección de la tragedia y la esperanza: la triple meta.

Definición de la triple meta y principios de diseño

El concepto de *triple meta* plantea que los sistemas de salud deben trabajar para lograr *simultáneamente* tres metas fundamentales (véanse tabla 1, para ejemplos de medidas en cada una de las dimensiones, y gráfico 1):

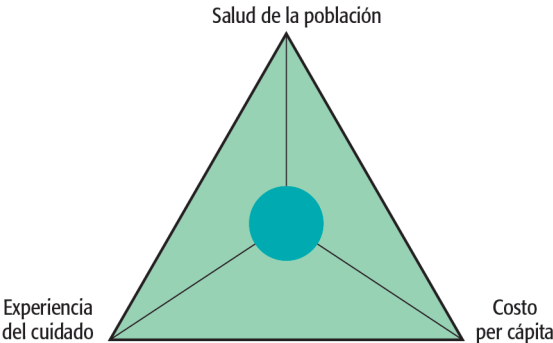
- Salud poblacional: a fin de llegar a las comunidades y organizaciones, centrándose en la prevención y el bienestar.
- La experiencia de la atención: para proporcionar una atención centrada en el paciente, segura, eficaz, oportuna y equitativa, de manera consistente.
- Costo per cápita: a efectos de reducir o controlar el costo per cápita en el presupuesto para la salud de la población diana, optimizando recursos.

Hay dos conceptos implícitos en estas dimensiones (8): *interdependencia*, ya que una alteración en cualquiera de sus partes afecta a las demás, y *balance*, puesto que la autorregulación del sistema de salud en la búsqueda simultánea de estas tres metas es un reto mayor.

La triple meta nació en el 2007, en Estados Unidos, dentro de una realidad que requería (y requiere) acciones inmediatas y urgentes para modificar el ritmo insostenible de gasto y malgasto, con resultados clínicos nada extraordinarios, barreras importantes de acceso al sistema de salud para los más necesitados y una salud poblacional en

GRÁFICO 1

TRIPLE META



Fuente: Institute for Healthcare Improvement (7).

TABLA 1

MEDIDAS POSIBLES DE LA TRIPLE META EN CADA DIMENSIÓN

Dimensión	Medida
Salud de la población	1.Salud/Estado Funcional: una sola pregunta (por ejemplo, CDC CVRS-4) o multidominio (por ejemplo, SF-12, EuroQol)
	2. Situación de riesgo: evaluación de riesgos en salud (ERES)
	3. Carga de la enfermedad: incidencia (tasa anual de inicio, edad promedio de inicio) y/o prevalencia de las principales enfermedades; resumen de los resultados del modelo predictivo
	4. Mortalidad: esperanza de vida; años potenciales de vida perdidos; tasas de mortalidad estandarizadas. Nota: Esperanza de Vida Sana (EVAS) combina la esperanza de vida y el estado de la salud, en una sola medida, reflejando los años restantes de vida en una buena salud. Vea http://reves.site.ined.fr/en/DFLE/definition/
Experiencia del paciente	1. Preguntas estándar a partir de las encuestas a pacientes, por ejemplo: • Preguntas globales de CAHPS- EU o encuestas de ¿cómo está su salud? • Preguntas de la experiencia de la Comisión NHS World Class o CareQuality • ¿Recomendaría a un amigo?
	2. Conjunto de medidas basadas en las principales dimensiones (por ejemplo, los objetivos del IOM Quality Chasm son: seguridad, efectividad, oportunidad, eficiencia, equidad y la atención centrada en el paciente)
Costo per cápita	1. Costo total por cada miembro de la población al mes
	2. Tasa de utilización del hospital y del departamento de urgencias

Fuente: Institute for Healthcare Improvement (7).

deterioro. Desde su creación, se ha formado una comunidad global integrada por países de altos ingresos, como Canadá, Escocia, Australia, Nueva Zelanda, Singapur, Estados Unidos, Inglaterra y Suecia. Los sistemas de aprendizaje incluyen hasta sesenta sistemas (desde hospitales hasta regiones y países) en búsqueda de la triple meta. Cada organización seleccionó, al menos, una población definida, fijando qué cambios querían hacer y adoptando un conjunto equilibrado de medidas por utilizar en la evaluación, a fin de determinar si estos cambios dieron lugar a mejoras.

Los resultados obtenidos por miembros de la comunidad son diversos, y a continuación presento dos como ejemplos puntuales. En Flint, Michigan (Estados Unidos), Genesys Health System y sus asociados han utilizado la triple meta para producir costos de atención médica entre el 10% y el 25% inferiores a los de sus competidores. Con ello han mejorado, a la vez, la satisfacción del paciente y comportamientos saludables en la población en general. Health Partners Medical Group de Minnesota (Estados Unidos) ha utilizado la triple meta para lograr impresionantes resultados en la atención médica y su costo que, si fueran adoptados por todo el país, ahorrarían unos dos trillones de dólares en diez años. Algunas de las áreas más prometedoras del aprendizaje de la comunidad incluyen:

- El uso de modelos predictivos para identificar pacientes con probabilidad de necesitar servicios más intensivos —el artículo de Atul Gawande “Hot Spotters” (9) es lectura recomendada en este sentido—. De este modo, sus necesidades se pueden anticipar de forma proactiva y no reactiva.
- El rediseño de los servicios de atención primaria, para que incluyan servicios adecuados de atención disponibles veinticuatro horas al día, con lo cual se reduce la necesidad de visitas de urgencias y otros cuidados agudos y el uso de evaluaciones de riesgos de salud para identificar y manejar mejor problemas de salud en sus estadios iniciales, cuando son más fáciles de tratar.
- El uso ilustrativo de casos individuales para estimular el diseño de servicios más eficaces y centrados en el paciente.

En Flint, Michigan (Estados Unidos), Genesys Health System y sus asociados han utilizado la triple meta para producir costos de atención médica entre el 10% y el 25% inferiores a los de sus competidores. Con ello han mejorado, a la vez, la satisfacción del paciente y comportamientos saludables en la población en general.

- La colaboración con instituciones que financian el cuidado médico y así mejorar la atención y los resultados para esa población, en los sectores privados y públicos.
- La asociación con otras organizaciones comunitarias que comparten el objetivo de mejorar la salud.
- La exploración de las necesidades de los pacientes que usan frecuentemente los servicios de emergencia para así reducir el uso innecesario de estos servicios.

El centro se ha ampliado recientemente, con el objetivo de incluir no solo los conceptos específicos del diseño de la triple meta, sino entender las habilidades que una organización necesita para tener éxito en alcanzarla. Estas habilidades incluyen:

- Habilidad para segmentar la población y utilizar un modelo predictivo y otros enfoques que satisfagan las distintas necesidades de cada segmento de la población.
- Desarrollo de robustos modelos de atención primaria basados en equipos (incluida, pero sin limitarse a la “atención médica centrada en el domicilio del paciente”).
- Definición y ejecución de planes de atención médica personalizados para el individuo y su familia.
- Asignación de nuevos presupuestos que ofrezcan beneficios o incentivos hacia la salud de la población.
- Eliminación del gasto innecesario en atención especializada y otros servicios.
- Mayor conexión entre la salud pública y las actividades de asistencia sanitarias.
- Superación de problemas de privacidad que impiden la coordinación entre todos los diferentes componentes de la atención médica y entre prestadores independientes.
- Emparejamiento de la capacidad y la demanda sin alentar el *supply driven care* (atención generada por la oferta).
- Capacidad de medir diferentes parámetros de salud y mejoras en ellos.
- Enfoque en la calidad de la atención y en los resultados para los pacientes más que en el número de visitas, pruebas o procedimientos.

- Ejecución de mejoras confiables para mover las medidas de sistema en la dirección correcta.

En las entidades geopolíticas (distrito, ciudad, municipio o país) donde hemos trabajado, encontramos que en situaciones idóneas los actores “locales” deben actuar como integradores y enfocarse en alcanzar altos rendimientos en los tres componentes de la triple meta. Un integrador es una entidad que acepta la responsabilidad de los tres componentes de la triple meta para una población determinada. Lo importante es que, por definición, un integrador no puede excluir miembros o subgrupos relevantes de la población de la que es responsable. El papel de integrador podría asumirlo una aseguradora médica, un grupo grande de atención primaria o incluso un hospital.

Este integrador se divide en macro y microintegrador. El macrointegrador no es necesariamente una nueva estructura o una única organización, sino más bien una entidad que puede reunir los recursos de numerosas organizaciones para apoyar una población definida y asegurarse de que el sistema está optimizado para el bien de la población definida. El término *coalición* se está utilizando con frecuencia para describir este tipo de entidades. El microintegrador es la persona o el equipo que garantiza la mejor y más adecuada atención para individuos y familias. En la práctica, muchos profesionales de la salud actúan como microintegradores.

Centrar este modelo en entidades geopolíticas (regiones geográficas) representa una gran oportunidad para desarrollar nuevos sistemas de servicios de salud y atención sanitaria que sean accesibles y sustentables. Hay que tener en cuenta que la definición de entidad geopolítica o región es arbitraria y puede variar entre los diferentes participantes. Creemos que una región que quiere alcanzar la triple meta debe incluir:

- Un propósito claro de sus objetivos, incluyendo lo que la región está tratando de lograr y por qué. Para asegurarse de que la triple meta es un propósito operativo viable, la organización debe especificar claramente:

qué queremos conseguir y por qué.

- Un contundente conjunto de medidas de alto nivel que definen operativamente lo que significa una región, en términos de salud de su población, la experiencia de atención y el costo per cápita.
- Una cartera establecida de proyectos e inversiones para apoyar el logro de la triple meta.
- Los medios para administrar e integrar las iniciativas regionales y las inversiones.

Vale destacar que una población no tiene por qué implicar necesariamente una zona geográfica delimitada. A efectos de la triple meta, un registro que realiza el seguimiento de un grupo de individuos definido en el tiempo es una población. Por ejemplo, el sistema Kaiser Permanente hace seguimiento a cerca de diez millones de norteamericanos en más de cinco estados del país, y esta es su *población*; o podemos considerar a pacientes diabéticos en Bogotá, mujeres embarazadas en Cali o, incluso, pacientes que dicen que Dr. González es su médico de familia. Solo cuando se especifica la población es posible medir sus experiencias de atención, su estado de salud y sus costos per cápita.

Diseñar un sistema de este tipo en una región requiere nuevos modelos para las organizaciones, un equilibrio adecuado entre la cooperación y la competencia (a fin de proporcionar servicios eficaces de alto valor), inversiones en infraestructura y la confianza dentro de la comunidad de que las entidades regionales están llevando a cabo un propósito común que es socialmente responsable.

Comenzando el compromiso hacia la triple meta: preguntas para considerar

La respuesta intuitiva de muchas organizaciones y sistemas cuando encuentran por primera vez el concepto de la triple meta es: “pero si eso es lo que siempre hemos hecho, pero con nombres distintos”. Pero cuando se describen un poco más a fondo los principios de diseño, las habilidades y los enfoques presentados en la última sección, la reflexión tiende a ser hacia cómo centrarse

en los temas clave, con metas específicas, que conduzcan a la consecución de mejor salud, mejores experiencias y costos más justos. Las organizaciones dispuestas a considerar el enfoque de la triple meta como un marco útil para el rediseño de sus sistemas pueden explorar las siguientes preguntas:

Primera. El equipo ejecutivo, ¿considera la triple meta centro estratégico para su organización? A lo mejor no es todavía el enfoque estratégico completo hoy en día; pero si el compromiso es claro, es la estrategia en los próximos cinco años.

Segunda. La organización:

- ¿Puede definir claramente la población objetivo de la intervención?
- ¿Tiene una visión clara de la población sobre la que espera un impacto durante los próximos cinco o diez años?
- ¿Está dispuesta y es capaz de actuar como un macrointegrador? ¿Pueden sus líderes describir cómo van a obtener y organizar toda la gama de servicios necesarios para esa población?
- ¿Tienen un historial de ejecutar significativas mejoras de salud e incluso de transformación organizacional? ¿Es ágil y especializada en usar el modelo para la mejora u otros modelos similares de mejora, ejecutando pequeñas pruebas de cambios y luego aplicando estos cambios a gran escala?
- ¿Tiene capacidad de trabajar en estrecha colaboración con los microintegradores que proporcionan la atención primaria a la población?

La comunidad de la salud (los actores): atributos y preguntas

Frecuentemente, nace la necesidad de trabajar en conjunto hacia la triple meta, a pesar de que existen organizaciones individuales capaces de tomar estos principios como marco para su trabajo. El reto de formar coaliciones centradas en la triple meta, o puramente en la búsqueda conjunta de la salud de una población, es complejo. Las siguientes preguntas nacen de Elinor Ostrom

(6), quien argumenta que los atributos de una comunidad que afectan la factibilidad de formar coaliciones autogobernantes incluyen: “el tamaño del grupo afectado, la homogeneidad o heterogeneidad de intereses, los patrones de migración hacia una comunidad o fuera de ella, y el plano temporal (tomada la duración del tiempo hacia el futuro en cuenta) que aplican los individuos ante situaciones en curso” (p. 273). Entre las preguntas importantes que deben abordarse, si se considera la posibilidad del trabajo unisono por parte de una comunidad hacia la triple meta y una vez creadas ciertas normas de trabajo conjunto, incluyen:

- ¿Existe un consenso general en normas relacionado con quién incluir como miembro con beneficios y responsabilidades?
- ¿Entienden por igual los miembros cuáles son sus responsabilidades mutuas y las fórmulas usadas para distribuir los beneficios?
- ¿Se consideran las reglas justas y legítimas?
- ¿Cómo se transmiten las reglas de una generación a otra o quiénes migran al grupo?

Las preguntas de provocación presentadas en las dos últimas secciones sirven como transición entre el concepto de la triple meta y los comentarios finales de este artículo, a manera de conclusión.

Epílogo

A partir del orgullo de los actores locales por el reconocimiento del sistema de salud colombiano y la conciencia del camino que queda por recorrer, una vez exploradas la complejidad y los paradigmas emergentes, dilemas y ángulos alrededor de la salud como un bien o recurso común (la triple meta) y las preguntas para organizaciones y comunidades que deseen explorar este marco conceptual como brújula, vale la pena resaltar algunas implicaciones no descritas explícitamente en el texto y estimular a los lectores a considerar una invitación abierta.

Implicaciones no explícitas: justicia social, visión compartida y capital humano

La justicia social se propone como un importante tema de fondo, dado el contexto de desigualda-

Por último, a pesar de no haber tocado el capital humano en este texto, se deduce que las instituciones encargadas de formar a los profesionales de salud son también invitadas a considerar las implicaciones de los retos presentes y futuros, además de preguntarse cuáles temas de la triple meta son relevantes para incluir en la formación de los líderes presentes y futuros del sistema de salud colombiano.

des sociales y económicas, el cual afecta y es afectado por el sector de la salud. Al mismo tiempo, se sugiere que la ciudadanía debe ser parte activa y central de los “actores” comúnmente mencionados en el texto, coproduciendo y codiseñando soluciones. El cuadro 1 presenta casos ficticios que incluyen enfermedades crónicas que, sabemos, están presentando retos importantes para nuestros sistemas de salud y acelerando transiciones entre paradigmas tradicionales y paradigmas necesarios para el presente y el futuro.

Se deduce que la creación de una visión compartida por los distintos actores del sector de la salud, con todos sus retos, guiada por una serie de principios básicos de gobernanza (que pueden o no incluir las propuestas de Ostrom), puede crear escenarios donde se produzcan resultados extraordinarios para la salud de una población específica.

Por último, a pesar de no haber tocado el capital humano en este texto, se deduce que las instituciones encargadas de formar a los profesionales de salud son también invitadas a considerar las implicaciones de los retos presentes y futuros, además de preguntarse cuáles temas de la triple meta son relevantes para incluir en la formación de los líderes presentes y futuros del sistema de salud colombiano.

Invitación abierta

La primera invitación es a considerar la búsqueda de la triple meta como marco de la visión compartida, sostenible, hacia el bienestar de la población, en las distintas comunidades (entidades geopolíticas, regiones y poblaciones) a lo largo y ancho de Colombia y, por qué no, de Latinoamérica. Y a la formación de una comunidad de aprendizaje local, regional, nacional y continental, que aprenda con la comunidad global existente y le enseñe a ella.

La segunda invitación abierta es a considerar una vía cualquiera, ya sea con la triple meta o sin ella, de continuar la búsqueda a través de comunidades de aprendizaje y apoyo, trabajando con espíritu de *coopetición*,² en el que “todos enseñan y todos aprenden”, hacia el bienestar

de la población colombiana y latinoamericana, que siga impulsando el progreso marcado de la gran mayoría de nuestros países en los últimos años y alimente aún más la percepción de que el futuro de la región, con la salud como motor de actividades de mejora, es vibrante.

REFERENCIAS

1. Ruelas E, Alonso A. Los futuros de la salud en México. México D. F.: Consejo de Salubridad General; 2010.
2. Lawrence D. From chaos to care: the promise of team-based medicine. Cambridge, Mass.: Perseus; 2002.
3. Hardin G. The tragedy of the commons. Science. 1968;162(5364):1243-8.
4. Hiatt HH. Protecting the medical commons: who is responsible? N Engl J Med. 1975;293(5):235-41.
5. Ostrom E. Beyond markets and states: polycentric governance of complex economic systems. American Economic Review. 2010;100:1-3.
6. Ostrom E. El gobierno de los bienes comunes. En: Helfrich S, editora. Genes, bytes y emisiones: bienes comunes y ciudadanía [internet]. México: Frente y Vuelta; 2008. p. 268-78. Disponible en: http://www.boell-latinoamerica.org/download_es/Bienes_Comunes_total_EdiBoell.pdf.

7. Institute for Healthcare Improvement. The IHI triple aim [internet]. Disponible en: <http://www.ihl.org/offerings/Initiatives/TripleAim/Pages/MeasuresResults.aspx>.
8. Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The triple aim: care, health and cost. Health Affairs. 2008;27(3):759-69.
9. Gawande A. The hot spotters. The New Yorker [internet]. 2011 Jan 24. Disponible en: http://www.newyorker.com/reporting/2011/01/24/110124fa_fact_gawande.

BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA

- Beasley C. The triple aim: optimizing health, care and cost. institute for healthcare improvement. Healthcare Executive [internet]. Jan/Feb 2009, Disponible en: <http://www.ache.org>.
- Cantor JC et al. aiming higher: results from a state scorecard on health system performance. New York: Commonwealth Fund; 2007.
- Commission on a High Performance Health System. Why not the best?: Results from a National Scorecard on U.S. Health System Performance. New York: Commonwealth Fund; 2006.
- Institute for Healthcare Improvement. Achieving the triple aim in geographical regions: looking ahead. March

2011. Inédito.

Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the twenty-first century. Washington: National Academies Press; 2001.

Organización Mundial de la Salud. Enfermedades cardiovasculares [internet]. 2011. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/index.html>.

Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010 (ENDS 2010). Bogotá; 2011.

NOTAS

1. El término *actores del sistema de salud* se refiere a todos aquellos que influyen en su prestación, y a todos aquellos que se benefician de sus servicios. La lista es tan larga como cada lector lo desee, e incluye a empresas públicas y privadas que prestan servicios, aseguradoras, entidades reguladoras, pacientes, profesionales de la salud, la ciudadanía, el Ministerio de Salud, etc.
2. Cooperación y competición, simultáneamente.



www.dinamicaips.com.co

¿SABÍAS QUE EL CUERPO HUMANO SINCRONIZA EL MOVIMIENTO DE 200 MÚSCULOS PARA DAR 1 SOLO PASO?

Que podamos hacer lo mismo para adaptarnos a las necesidades de su institución, es

el resultado de conocerte mejor

- Servicio de Tercerización de Laboratorio Clínico
- Servicio de Tercerización de Imágenes Diagnósticas

VERGARA S. J. P. 2012

dinamica
Especialistas en ayudas diagnósticas

• www.dinamicaips.com.co • servicioalcliente@dinamicaips.com.co

cockshooter-partners