

La triple meta: el presente de la gestión sanitaria



Por Carlos Alberto Díaz

Médico (UBA)

**Especialista en Nefrología
y Medio Interno (UBA)**

**Especialista en Terapia Intensiva
(Colegio Médico)**

Medico Sanitarista ANM

**Gerente Medico Sanatorio
Sagrado Corazón**

**Director de la Especialización en
Economía y Gestión de los Servicios
de Salud (Universidad ISALUD)**

Este trabajo tiene incluida algunas sugerencias realizadas por el Dr. Rodrigo Castilla, Magister en Economía y Gestión de la Salud Universidad ISALUD. Becario de la London of School Economics.

1. Introducción

El sistema de salud Argentino se enfrenta a retos que no tienen solución por los caminos de gestión transitados, ya que cristalizan la inequidad, por su segmentación, la fragmentación, la organización de la oferta, la devaluación que genera aumento de los costos imposible de trasladar a los aranceles, la caída de la actividad económica que afecta su financiamiento, a través de los aportes a la seguridad social. Estar apresados para obtener recursos, en una negociación económico-paritaria-remunerativa, con los sindicatos, que está muy complicada, por lo tanto por un tiempo debería separarse de los aportes y contribuciones, por el retraso que han sufrido los salarios, frente a la inflación y el aumento de los costos en salud¹. Se registró en los últimos meses un aumento en el índice de desocupación al 9,5% (INDEC 2018), como también aumento del índice de pobreza (27,3% de ciudadanos pobres) afectan seriamente al sistema de salud. (INDEC 2018)

Otros factores generales hacen al aumento de los costos como: el envejecimiento de la población, las nuevas tecnologías que son más costosas y responsables del 50% en el aumento de los costos, el incremento en el número y las complicaciones de las enfermedades crónicas y los recursos financieros limitados.

Claramente, parece que desde el año 2008 no tenemos un norte, cuando se publicó el Plan Federal de Salud. (Plan Federal de Salud 2008, Ministerio de Salud. Gonzalez García G.) sin ese norte no existirán discusiones, nuevos aportes, mejoras en el sistema prestador. El cambio en la ley de Ministerios recientemente realizada y muy cuestionada, que convirtió al Ministerio de Salud en secretaria de salud, que afecta su capacidad de instalar gobernanza, trasladado

¹ El cálculo al inicio de la crisis y la devaluación fue un aumento de los costos del 54% sin ajuste de aranceles.

inmediatamente a serios problemas de gestión en sus hospitales y sus planteles², a la defensa y ejecución de su presupuesto, en perder aún más preponderancia en el escenario de los reclamos sociales. La recesión económica que llegó para quedarse, la inflación, los aumentos del gasto en salud por los insumos dolarizados, del precio de los medicamentos y del gasto de bolsillo de la población, la falta de coordinación y el modelo prestador de atención de pacientes agudos. Pone en el centro del debate la sustentabilidad del sistema de salud y la equidad. El sentido sería generar un debate activo, sobre la necesidad de evolución hacia la búsqueda en todos los niveles de una meta común, que es triple individual, comunitaria y de costos. Obliga a que se trabaje en eliminar desperdicios, en mejorar la gestión clínica, en tener un modelo integral de atención, pensar en la salud poblacional y contener el aumento del costo de la salud.

2. La triple meta el presente de los sistemas de salud

Los sistemas de salud en el mundo están en transición, por lo tanto, se están repensando todo el tiempo para incorporar las innovaciones tecnológicas disruptivas y de mejora continua, en dispositivos, medicamentos, sistemas de información, financiamiento, procesos y gestión, en proponer un abordaje desde el usuario del sistema, la mejor salud para la población y a un costo sostenible. Esto se conoce como la triple meta, acuñado por Don Berwick, Tom Nolan y John Whittington (Berwick et al 2008). Se conoce como un marco estratégico actual de los sistemas. Por el enfoque de salud poblacional y sustentable por la reducción de los costos. Es una mirada diferente para los integrantes de los sistemas de salud, en todos los niveles de la gestión. Simplemente implicaría mejorar la experiencia de los pacientes, con mejor gestión de las puertas de entrada al sistema, la atención primaria, de redes, de gestión clínica y la gestión hospitalaria. Trabajar en los ciclos de vida, en la prevención y en los microsistemas de salud, para mejorar la salud de la población. Reducir el costo por cápita de la asistencia sanitaria disminuyendo los gastos innecesarios. (Ellis DA et al, 2017; Díaz CA; 2018).

Durante los últimos siete años este término, **la triple meta**, se ha popularizado reflejando que todos los países enfrentan un contexto de envejecimiento, un aumento del número de los enfermos crónicos y limitaciones presupuestarias serias. (Whittington JW, 2015; Pedro D, 2012).

La triple meta nació en EE. UU. como respuesta a un crecimiento del gasto sanitario imparable, sin lograr por ello mejores resultados en la efectividad clínica o en la percepción de los pacientes. El Institute for Healthcare Improvement 2012 (IHI) ha desarrollado este modelo con una propuesta de indicadores con un enfoque poblacional, sensibles a los cambios en el tiempo debidos a las mejoras implantadas, diferenciando entre indicadores de proceso y de resultado, y permitiendo las comparaciones entre unidades y sistemas de salud.

Existe una evidencia amplia 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 ejemplo más palmario lo encontramos en el último informe de Institute of Medicine "best Care at Lower Cost" (2013), donde se afirma que cerca del 30% del gasto sanitario en EE. UU. no mejora la salud. Otro estudio que tomo como referencia siete intervenciones hospitalarias en países de la OCDE cifraron reducciones de costos potenciales entre un 20 y un 30 por 100 (Erlandsen, 2007) Existe por lo tanto un espacio fecundo para mejorar el gasto y la organización de la asistencia sanitaria con ello disminuir el costo, que son la desinversión, la eliminación de desperdicios, mejorar los procesos y trabajar en los costos de la no calidad.

Los médicos son bastante reacios en hablar de costos, de involucrarse, porque eso puede llegar a imponerles restricciones a su juicio clínico. Pero la crisis económica, la escasez de los recursos lleva a que los ahorros deben impulsarlos los prestadores, que esto se va a prolongar en el tiempo, por décadas, hasta que las innovaciones en medicamentos biológicos, dirigidos a target de receptores subcelulares, de los diagnósticos moleculares y genéticos de precisión disminuyan el costo, la colaboración profesional, la educación interprofesional de una visión económica son indispensables. (IOM, 2013; Brownlee Sh et al, 2017)

Los pasos por seguir para alcanzar estos objetivos deben ser: comprender que funciona y por qué. Solo si comprendemos los mecanismos que subyacen al éxito podremos replicar las experiencias o trasladarlas de forma productiva a un sistema proveedor sanitario distinto, como un modelo prestacional diferentes. Entonces se deben revisar y contrastar experiencias tanto públicas como privadas, con organizaciones que funcionan en el sector público con descentralización, como el Hospital Garrahan o el Hospital del Cruce de Florencio Varela; con sistemas de funcionamiento en red de cuidado progresivo, partiendo desde un nivel de atención primaria ampliado. Instituciones que funcionan en red y atención gestionada, con integraciones verticales en las obras sociales, como es el

2 Conflicto por los despidos en el Hospital Posadas en Haedo. Por el rechazo al ajuste en el Hospital del Cruce en Florencio Varela.

caso de OSECAC, UPCN, y la Obra Social de la Construcción, o los sistemas multihospitalarios de los prepagos como Galeno y Swiss Medical. Que pueden servir de experiencias a difundir y reproducir. Las experiencias aisladas de empresas públicas, redes multihospitalarias, redes de cuidado progresivo serviría para generar un sistema de salud con cobertura Universal. Sin prejuicios, con creatividad y transparencia.

Será fundamental empezar por **nominalizar y referenciar a toda la población**, sostenerlo en el tiempo. Tratar que las jurisdicciones asuman principios de **gestión de microsistemas locales** de salud, se establezcan las redes principales y los corredores sanitarios, se identifiquen los fallos de mercado y como estos se completarán mediante una concertación entre privados y públicos. Promover un enfoque **basado en el valor** es otro aspecto que impulsaría el desarrollo de ese marco estratégico (Porter M, 2010). La triple meta requiere tener en cuenta los costos y beneficios de los tratamientos, y de las alternativas. Pero es muy complicado llevarlo a la práctica. Obviamente porque los determinantes sociales de la salud están quedando fuera. Como siempre. La marginalidad, la desigualdad injusta, no se consideran. Se ha naturalizado que para tener salud hay que pagarla, como la educación. Hay que generar información y compartirla. En los últimos años esto se ha logrado, aunque la verdad duela, la mentira es peor. El aspecto fundamental del valor es mirar más allá de los costos, sino fundamentalmente basarse en la costo efectividad de las prácticas que se utilizan. En la priorización, la apropiabilidad. En lo que genera valor en la salud. (Curfman GD, 2013)

Existe un potente y creciente impacto de la tecnología en la prestación de los servicios de salud (OMS, 2013), y el estatus en las instituciones en su acreditación también juegan un aspecto fundamental la capacidad instalada tecnológica. Lo que ocurre que en la salud la tecnología es aditiva, se agrega, la nueva siempre es más costosa que la anterior, no siempre es mejor, y no debería costar tanto. Las patentes preservan o dan lugar a conductas monopólicas, que no abren el juego a la competencia, que permite mejorar la accesibilidad. También debo decir, que por ignorancia profesional estamos lejos de sacarle toda la utilidad que potencialmente tiene la tecnología. Algunos investigadores ya han resaltado los posibles beneficios en materia de salud y financiera, la aplicación de tecnologías de la información aplicadas a la prestación de salud, a saber: La historia clínica electrónica, la transmisión de imágenes, el manejo de big data, la inteligencia artificial (Garner Symposium, 2017) y la telemedicina (Hospital Garrahan, 2018). Entre otras. **La tecnología nos ten-**

dría que ayudar a adaptar el cuidado directamente a la medida de cada paciente. En la divulgación del conocimiento y el acceso a tiempo real del mismo. Es imperioso revisar la forma de incorporar nuevas tecnologías, por lo tanto, en primer término, se necesitan agencias evaluadoras, e instituciones que deberían colaborar en las decisiones que autorizar y la costo efectividad de los mismos. Estos análisis deberían ayudar a identificar aquellos productos, prestaciones o medicamentos cuyo valor añadido terapéutico supere el **costo de oportunidad** de incorporar la innovación y aquellos donde dicho valor es inferior. Esto es congruente con el precio basado en el valor. Se debería determinar cual tendría que **ser el umbral de eficiencia o precio máximo por unidad de efectividad o año de vida ajustado por calidad.** Dicho umbral básico debería ponderarse por los factores que se consideren relevantes para fijar el precio y la cobertura de las nuevas tecnologías sanitarias, en cada país. Es necesario siempre fomentar e impulsar políticas que aumenten la competencia por precios en el mercado de insumos y medicamentos, estableciendo mecanismos de compras más dinámicos, concentrados y que logren economías de escala.

Se debe modificar la cultura sobre la salud, ciertamente no medicalizarla. Tenemos que construir una imagen más global de lo que significa la salud. En esta sociedad moderna, 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 a la educación y al autocuidado (Servicio Madrileño de Salud, 2014). Tener salud y mantenerse sano tiene mucho que ver con el comportamiento de cada una de las personas, de sus conductas y sus hábitos de vida. La carga de enfermedad está vinculada con el alcohol, el trabajo, tensión arterial alta, colesterol, exceso de peso, sedentarismo, obesidad y desigualdad económica. (Stringhini S et al, 2017)

Esto es, pues, un enfoque que concierne a todos profesionales, hospitales, gerentes de los sistemas de salud, centros de atención primaria, obras sociales, prepagos, aseguradoras, farmacéuticas y proveedores de dispositivos médicos, todos debemos trabajar conjuntamente para promover una sociedad más saludable. (Díaz CA, 2016)

Las enfermedades crónicas, como la enfermedad cardiovascular, diabetes, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la insuficiencia cardíaca, el cáncer, el VIH-SIDA, y las enfermedades mentales, tienen en común que requieren una respuesta de larga duración, coordinada, por diferentes niveles y profesionales sanitarios, especialmente cuando cursan como enfermedades múltiples. No pueden ser tratadas en forma aislada. Llevando a mode-

los asistenciales donde existan nuevos proveedores que coordinen mejor los cuidados.

El reto estará en encontrar la forma de pagar a los proveedores para que incentive la consecución de los objetivos. (Busse et al, 2010; Nolte et al, 2008).

Desarrollar mecanismos de pago a proveedores que cumplan con los requisitos de:

- Mejorar la calidad de los cuidados para los pacientes crónicos.
- Promover la coordinación entre los profesionales encargados de prestar estos cuidados.
- Que los cuidados sean costo-efectivos.

Una revisión sistemática corrobora que un importante número de modelos de pago por desempeño, con la intención de promover mejores cuidados 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 costos sanitarios. (De Bruin et al, 2011).

Los sistemas de pagos no están alineados con la necesidad de integrar los cuidados a nivel de los proveedores. Por lo tanto, sería importante modificar los sistemas de pagos, que requieran una visión más integrada que ponga énfasis en el desempeño, especialmente en la gestión de la enfermedad, y en contribuir a modificar el modelo prestacional de las complicaciones agudas, y no darle continuidad a la atención. Se deben explorar distintas clases de sistemas de pago para garantizar que estén alineados con nuestros objetivos y metas, además tenemos que tomar en consideración aspectos importantes el timing y los actores involucrados. ¿quién recogerá los frutos de determinados incentivos? Como por ejemplo en nuestro país, que cuando un paciente se jubila pasa a la obra social del INSSJP, quien es el que utilizará los beneficios de haber logrado un envejecimiento saludable.

No existe en **nuestro sistema integración entre y en los mismos niveles asistenciales**, 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 (Goodwin, 2014). Tampoco los pacientes tienen adherencia con los prestadores. Se observa un gran problema de comunicación entre proveedores y prestadores, exacerbada por la incapacidad de estos para compartir y transmitir información entre sí y por prácticas culturales muy arraigadas. Como resultado de ello, se visibiliza la coexistencia simultánea de duplicidades, que lleva a repetición de pruebas, y serias lagunas de atención. Por ejemplo, incumplimiento de las citas, no aplicación de información y monitorización debido a una

mala programación de los cuidados. Esto lleva a hospitalizaciones innecesarias, otras evitables, duración de las estancias por encima de lo normal. Faltan cuidados integrados y un modelo prestador de continuidad. La aplicación del enfoque de integración debería permitir corregir los malos 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: por una parte, mejores cuidados para los usuarios del servicio, los cuidadores y la comunidad. Mejor salud de las personas y la población atendida. Mayor eficiencia del sistema a nivel funcional y técnico. El mayor de los problemas son los niveles de exigencia que implica a los profesionales y las organizaciones, que, si asumen el reto, tendrán que seguir a los pacientes, cuya selección no es favorable, porque son más costosos y les exigen más esfuerzo no retribuido. Bengoa R (2013) implica una colaboración multisectorial e intersectorial. No se ha logrado hacerlo y existe un desconocimiento general sobre la forma más idónea de reunir, y aplicar los cuidados integrados en la práctica (Bodenheimer T, 2008). La creación de enfoques efectivos que ayuden a integrar los cuidados es un proceso complejo, la sostenibilidad de estos no está asegurada, porque operan por fuera de los límites de los niveles habituales del sistema, como experiencias aisladas, no sostenidas por la política sanitaria, ni por las representaciones corporativas. No gozan de la total adhesión de los ámbitos políticos, regulatorios, organizativos y profesional, la consecución del cambio recaerá en exceso en los líderes locales y los innovadores comprometidos, que no cuentan con la suficiente cantidad de socios estratégicos. La atención de los pacientes debe ser integrada, efectiva, estar centrada en los pacientes, oportuna, eficiente y con equidad. Esto no se corresponde con un problema de mala voluntad, ni de compromiso o aptitud de la fuerza laboral. Las personas quieren hacer bien su trabajo, quieren realizar tareas en procesos bien organizados. Terminan siendo víctimas de paradigmas de simplicidad anacrónicos y de sistemas históricos que arrastran problemas históricos de diseño. (Vitolo F, 2016)

Resulta aún más lejano pensar **la integración con los servicios sociales, entre los sanitarios y los sociales en la cobertura de la discapacidad**, ya que estos constituyen en el sistema de salud argentino, una carga pesada al financiamiento de la salud, porque la discapacidad está financieramente integrada entre los prestadores del seguro de salud, sociales y prepagos. Entonces esto establece un conflicto permanente, porque constituyen una carga diferenciada por el riesgo, no contemplada por el Estado, transfiriendo la responsabilidad de

los cuidados, de pacientes totalmente dependientes a las aseguradoras, sin poder establecer un trade off adecuado, para lograr una cápita media que esté por encima del costo del PMO, motivo por el cual darle un buen servicio a los pacientes discapacitados penalizada a las obras sociales que lo hacen.

La experiencia hace expresar que en general la cobertura de la discapacidad en argentina tienen mucho de formalidad, y esto se lleva por delante la calidad, y se cubren algunos aspectos que son responsabilidades indelegables del estado o que deberían ser solventadas con otros fondos que no sea el salario diferido de los trabajadores, porque a través de las opciones de cobertura se produce por parte de los titulares una selección adversa, hacia los prestadores que brindan servicio y pagan, agravando la estructura del gasto, castigando al prestador responsable y comprometido con esos pacientes. Derivando fondos de la atención de la salud de los otros afiliados para estos pacientes, que ejercen una opción, sin que el prestador que le da servicios tenga una compensación. Esto **afecta la integración del sistema y correspondientemente su sustentabilidad, sostenibilidad y solvencia**. Existe nuevamente en la consideración el costo de oportunidad de la inclusión de esta cobertura de la discapacidad en la salud, y además el pago coactivo, difícil de eficientizar, porque se expone la obra social a la judicialización del conflicto si no transfiere los fondos o cuestiona las sobreprestaciones.

Existen dos factores de aplicación universal en los sistemas de salud que son la **efectividad y el costo**. En nuestro sistema basado en el aseguramiento social, en el privado y en los impuestos, desde la misma raíz, hace que unos 7 millones de habitantes aporte a los tres sistemas usando uno solo, que unos 19 millones aporte a dos, el social y el público a través de los impuestos; y el resto aporte solo a través de los impuestos.

Existe una preponderancia negada en que el criterio de financiación, el acceso al servicio y la elegibilidad en su utilización, que están vigentes en función de la capacidad de pago. Lo que lleva a alertar, que el acceso puede estar asegurado, pero no así la calidad y los tiempos de resolución.

En un atisbo que se enmarcó en una negociación por la paz social, se impulsó una obligatoriedad en el aseguramiento público dándole un alcance omnicompreensivo que no se vislumbra, inclusive en el nuevo proyecto de presupuesto existe un ítem de **Cobertura Universal de Salud**. Que está agonizando en los enunciados y en las anodinas presentaciones con prensa oficial y pocas nueces. (OMS, 2014)

Introduciendo a los pacientes a un sistema con **diversidad de proveedores** públicos, que **no tienen determinado el área de**

influencia, ni el compromiso programático, sin incentivos por el cambio de actitud y de modelo, en el marco de una decisión que debería ser más informada.

En el contexto actual existe despreocupación por la equidad, a favor de cierta discriminación a favor de determinados servicios, que no por ser pagos o tener una hotelería más destacada y lujosa, son mejores. (López Casanovas G, 2014).

Todos estos aspectos exacerban las ineficiencias, por ello en el funcionamiento normal es común observar **demanda inducida, menos secuenciación en los servicios, escasa continuidad entre atención ambulatoria y hospitalaria, elevado costo, con pérdida de la orientación correcta de los pacientes**.

Esto lleva a preguntarse **¿cuán distributivo es el sistema de salud en estas condiciones?** Como en toda relación económica nada es gratis. Siempre hay quien gana y quien paga, ya sea un precio o un tiempo de espera, o directamente no acceder. En esta cadena de valor, **los intermediarios parecen estar llevando una parte interesante de la renta**. Las repercusiones de distribuir y redistribuir ganancias y beneficios no son neutros, ni inocentes, por ello es imperioso que los profesionales entiendan que siempre están asignando recursos, por acción o por omisión, que son agentes, en un contrato imperfecto, que no se le puede dar todo a todos, que tienen que analizar la apropiabilidad, que deben establecer el costo de oportunidad, dentro de un contexto en que la elección social no es efectiva y menos consultada o interpretada por los legisladores, que estarían suponiendo que el Programa Médico Obligatorio (PMO) es una fuente inagotable de recursos. Transparentar que tiene que haber una cartera de servicios. Que es cambiante en relación con las evidencias, pero también a cuestiones presupuestarias. Hay prestaciones que no pueden quedar afuera. Ni deben. Pero si continuamos usando el silencio de los silencios, y no actuamos sobre las causas, existirán prematuros que no tendrán incubadoras, politraumatizados que no tendrán terapia, isquemias miocárdicas que perderán el tiempo de oro.

3. Niveles de gestión y la triple meta

Los niveles de gestión son tres, la macrogestión o gestión política, la mesogestión o la gestión de los centros, la microgestión o la gestión clínica. (Ortún Rubio V, 1999)

La triple meta tiene que permear y hacerse presente en los tres niveles de gestión, para que sea coherentes, apropiados, sinérgicos

y multiplicadores las acciones en el nivel político, de dirección y de los servicios de salud (Tabla 1).

4. La triple meta y el nuevo paciente más informado

Finalmente está **el nuevo paciente**, que es un paciente informado y más exigente. El “antiguo paciente” es **el no informado**.

Dentro de los pacientes informados están **el sobre informados, y mal informados** (Tabla 2).

El **paciente no informado** se enmarca en un prototipo pasivo, y dependiente asociado al modelo de relación paternalista entre profesionales y enfermos. Que se reemplaza por un modelo de paciente más activo que desea una relación con los profesionales basado en la deliberación, y en la confianza. La activación de pacientes y familiares está relacionada con la mayor accesibilidad

Tabla 1

Triple meta según niveles de gestión sanitaria

NIVELES DE GESTIÓN.	TRIPLE META		
	Salud de la población	Experiencia del paciente	Costo de la salud
Microgestión	<ul style="list-style-type: none"> – Medicina basada en la evidencia. 	<ul style="list-style-type: none"> – Desarrollar la gestión clínica – Receta electrónica y validación. – Ampliar roles de enfermería. – Empoderamiento del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> – Disminuir la utilización productos intermedios. – Disminuir las esperas innecesarias. – Desarrollar costo minimización.
Mesogestión	<ul style="list-style-type: none"> – Mejorar la gestión de pacientes. – Cuidar los recursos. – Centros de cuidados multicanal 		
Integración asistencial.	<ul style="list-style-type: none"> – Gestión por procesos. – Estratificación de los pacientes. 	<ul style="list-style-type: none"> – Reducir el tiempo de estancia. – Desarrollo de procesos mínimamente invasivos. – Internaciones potencialmente evitables. – Duración de las estancias mayores a los ALOS. 	
Macrogestión	<ul style="list-style-type: none"> – Evaluar carga de enfermedad. – Nominalizar de población. – Accesibilidad – Redes hospitalarias – Desarrollar benchmarking con las redes hospitalarias públicas y de cuidado progresivo. – Financiación y contratación. – Prevención y promoción. – Integración asistencial 	<ul style="list-style-type: none"> – Referenciar a los pacientes a un sistema de atención. – Constituir la población dentro de un área programática. 	<ul style="list-style-type: none"> – Mejorar el sistema de compras. – Controlar precios de los insumos y de los medicamentos. – Aumentar la competencia en el mercado de medicamentos. – Facilitar el acceso. – Disminuir el gasto de bolsillo de la población.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2

Prototipo del paciente

No informado. El antiguo paciente	<ul style="list-style-type: none"> – Relación médico paciente tradicional – Pasividad, dependencia del paciente. – Responsabilidad en el profesional
Adecuadamente informado	<ul style="list-style-type: none"> – Relación médico paciente deliberativa. – Implicancia del paciente en su salud. – Responsabilidad compartida
Sobre informado/Mal informado	<ul style="list-style-type: none"> – Relación médico paciente inexistente. – Paciente como cliente de servicios. – Responsabilidad en el paciente.

Fuente: Elaboración propia.

a la información y a los servicios sanitarios. El **paciente bien informado** es el que tiene tiempo de conversación, dialogo, intercambio con su médico. El problema son los sitios donde se puede acceder a esa información. La calidad de esta. Sería favorable que esto lo concilie con el profesional.

Un paciente implicado, en el cuidado y el monitoreo de su enfermedad es un comportamiento recursivo, un paciente asociado. Facilitarle el acceso a la información, proporcionar material y formación sobre como participar. Darle accesibilidad a la consulta para las dudas y las repreguntas.

El paciente Sobre informado que tiene información inadecuada, de sitios que tienen datos inexactos, que inducen consumos, desconfianza en la medicina tradicional como el grupo de antivacunas.

5. Como generar el cumplimiento efectivo de la triple meta

Berwick et al (2010) sugieren que el cumplimiento efectivo de la triple meta depende de tres condiciones básicas:

- La definición de cuál es la población sobre la que se actuará.
- Las consideraciones de las limitaciones políticas y presupuestarias.
- La existencia de un “integrador” que sea capaz de focalizarse en la población elegida, de coordinar los servicio para ayudarla a progresar las tres dimensiones simultáneamente.

Población no es un concepto solo geográfico, por lo tanto, encuadra perfectamente en la consideración de beneficiarios de una obra social, de un prepagado o una población. Siempre hay limitaciones presupuestarias. Siempre hay gastos innecesarios. Siempre hay desperdicios.

Superar **las limitaciones políticas** son parte de las habilidades de la gestión, que tiene dos columnas en su sistema de decisión, el sistema político de toma de decisiones y el sistema técnico de toma de decisiones, ambos se complementan, se retroalimentan, y establecen un timing, para la estrategia y las peticiones.

La figura de un integrador de un líder de proyecto, que crea y sepa como aunar organizaciones de salud, estructuras sindicales, servicios sociales, ministerios de salud, empleadores que cooperen entre sí. Como es el ejemplo de la Kaiser Permanente que tiene la responsabilidad sobre la salud de diez millones de personas. Implica el rediseño de la tención primaria de la población, Gerenciamiento de la salud, Control y manejo financiero integrado para reducir la fragmentación. (Kaiser Permanente, 2014)

Hace falta mejorar la gobernanza tal como lo expresó Elinor Ostrom

(2010) que 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* como la salud. 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 Hardin³, **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. Con esto se sostiene el concepto que no hay que esperar todo y solo de la extero-regulación. (Institute Healthcare Improvement Triple Aim, 2010).

6. Conclusiones

La gestión sanitaria debe basarse en un modelo de atención personalizado, menos medicalizado, que desinverta en lo que no sirve, de continuidad en la atención, se alineen las formas de pago con una prestación integrada, que desde el individuo y su inserción en una población determinada, se tenga la repercusión sobre el resto del sistema de salud y el social, que al mismo tiempo las acciones intenten contener y eficientizar el gasto, donde los ahorros sirvan para asegurar la sustentabilidad del sistema y no para colocar barreras económicas de accesibilidad. Se debe terminar con las dificultades que tienen hoy los usuarios del sistema. Todos. Privados, de la seguridad social y públicos, que surge como una especie de garantía global creciente, vinculada a la condición de ciudadanía. Se deben preservar las estructuras de prestación pública porque son los principales constructos de la equidad. Levantando el nivel del sistema público de salud se debe elevar las prestaciones del resto del sistema por diferenciación. El financiamiento de la discapacidad debería salir de la caja de aportes y tener un ítem presupuestario público, que se constituya con un esquema de cobertura supervisado y auditado por los prestadores de salud. (Corderch J et al, 2018)

Como se observa existen serios problemas de gobernanza en este

³ La noción que los bienes comunes según la óptica de Hardin, se hallan condenados a una sobreapropiación y sobreutilización por parte de los individuos racionales y autointeresados.

sistema de salud, que no se caracteriza por tener una hegemonía distintiva, de ser claramente mixto, segmentado y fragmentado, y como consecuencia de ello, la intermediación se beneficia, se distraen ingentes recursos en estructuras burocráticas, existen problemas técnicos y de profesionalización de la gestión. Los recursos son insuficientes, y están mal distribuidos.

Existen **buenas experiencias que deberían ser replicadas en la Seguridad Social**, con esquemas exitosos de integración vertical y horizontal, en sistemas multihospitalarios privados de los prepagos, en hospitales descentralizados que funcionan en red y son referencia, que deberían como todo tener nuevos ciclos de mejora, pero que podrían replicarse.

Todos los ciudadanos debieran tener cobertura formalizada, una

historia clínica electrónica y acceso universal a los principales tratamientos, haciendo una revisión de la costo efectividad de los medicamentos y las prácticas actualizadas, en la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, permitiendo la participación de todos los actores sociales, eliminando el paradigma consustanciado que para tener salud en argentina hay que pagarla, porque eso es falso y muy negativo.

La necesidad de cambiar los planes de estudios del grado de la medicina que permita **tener médicos futuros más concienciados con lo social y, algo menos, con la fascinación tecnológica y la medicina de precisión.**

El sistema de salud debe orientarse hacia los objetivos de la triple meta, ese debería ser nuestro presente.

Referencias

- Bengoa R. (2013). Transforming Healthcare: An approach to System wide implementation International Journal of integrated care. Julio-septiembre. 13.
- Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. (2008). The triple aim: Care, health and costs. *Health Affairs* 27.3.3 759-769.
- Big data (2011): The next frontier for innovation, competition, and productivity. www.mckinsey.com/insights/mgi/research/technology_and_innovation/big_data_the_next_frontier_for_innovation. Julio,
- Bodenheimer T. (2008) Co-ordinating care a perilous journey through the health care systems. *N. Engl. J Med* 350 (10):1064-1071
- Brownlee Sh, Chalkidoy K Doust J, Elshaug AG, Glasziou P Heath I, Nagpal S, Saini V, Srivastava D, Chalmers K Karenstein D. (2017) Right Care 1 Evidence for overuse of medical services around the world. *Lancet*. January 8. 1-13.
- Busse R; Bluemel M, Scheller Kreinsen D Zenter A (2010). Tackling chronic diseases in Europe: Strategies interventions and challenges. WHO. Regional office for Euro on behalf of European observatory. Copenhagen.
- Ching K, Hunstock L. (2014). Kaiser Permanente 2014 Quality Program Description
- Coderch J, Perez Berrueto X, Sanchez Pérez I, Sánchez E, Ibern P, Perez M, Carreras M, Inoriza JM. (2018). Evaluación de la efectividad de un programa de atención integrada y proactiva a pacientes crónicos complejos. *Gac Sanit*. 32.1.18-26,
- Curfman GD, Morrissey S, Drazen JM. (2013). High Value Health Care- A sustainable Proposition. *N Engl J Med*. 369.12.1163-1164
- De Bruin SR, Baan C, Struijs JN (2011). Pay for performance in disease management a systematic review of the literature. *BMC Health Services Research* 11.272-
- Díaz CA. (2016). Gestión Clínica. Como vencer al despotismo ilustrado y los resabios del iluminismo. Ediciones ISALUD. Buenos Aires.
- Díaz CA. (2018.) Costos de la no calidad en salud. Material Diplomatura en Seguridad de Pacientes.
- Ellis DA, Mc Queenie R, McConnachie A. (2017) Demographic and practice factors predicting repeated non attendance in primary care: a national retrospective cohort analysis. *Lancet* 2.e551-59.
- Erlandsen E (2007) Improving the efficiency of healthcare spending: Selected evidence on hospital performance OECD Economic Department working Paper 555.
- Garner Symposium (2017)
- Goodwin N, Dixon A, Anderson G, Wodchis W. (2014). Providing Integrated Care for Older People with Complex Needs: Lessons from seven international case studies, The King's Fund, Londres. UK
- Hospital Garrahan (2018). <http://www.garrahan.gov.ar/telemedicina>
- INDEC (2018). Informes técnicos vol 2. N°178.
- INDEC. (2018). Informes técnicos vol 2. N° 12.
- Institute for Healthcare Improvement, (2012) A guide to measuring the triple aim: Population health, experience of care, and per capita cost. IHI Innovation Series white paper Institute for Healthcare Improvement,
- Institute for Healthcare Improvement. (2012) The IHI triple aim.
- IOM (2013). Interprofesional education for collaboration: Learning how to improve education in the Philippines e health from interprofesional models across the continuum of education and practice. Institute of Medicine Washington DC.
- López Casanovas G, Pascual Argenté N. (2014) La genética de los sistemas sanitarios y la posible evaluación de su bondad. *Papeles de Economía Española*. No 142. La triple meta para el futuro de la sanidad.
- OMS (2013). Promover el acceso a las tecnologías médicas y la innovación
- OMS. (2014) Monitoreo del progreso hacia la cobertura universal de salud a nivel nacional y global. Marco de trabajo, medidas y metas. Mayo.
- Ortun Rubio V. (1999) Gestión sanitaria y calidad Paper 10.
- Ostrom E. (2010). Beyond markets and states: polycentric governance of complex economic systems. *American Economic Review*.;100:1-3.
- Pedro, D. (2012). En búsqueda de la triple meta: una invitación a la exploración conjunta. *Vía Salud*, 16 (1), 4-11.
- Ministerio de Salud Pública (2008) Plan Federal de Salud. República Argentina
- Porter ME. (2010). What is value in Health Care?. *N Engl J Med*. 363.26.2477-2482
- Scott I. (2014). Ten clinician-driven strategies for maximising value of Australian health care. *Aust Health Rev*.;38(2):125-33. doi:10.1071/ah13248
- Servicio Madrileño de Salud. (2014). Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas en la Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.
- Smith M, Saunder R, Stuckhardt L, Mc Ginnis M. (2013). Best care at lower cost. The Path to Continuously Learning Health care in America.
- Stringhini S, Carmeli C, Jokela M, Avendaño M, et al (2017) Socioeconomic status and the 25x25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta analysis of 1,7 million men and women. *Lancet*. 289-1229-1237.
- Vitolo F. (2016). La Triple meta en la atención de la salud. *Boletín Noble Compañía de seguros*.
- Whittington JW, Nolan K, Lewis N; Torres T. (2015) Pursuing the Triple Aim: The first 7 years. *The Milbank Quarterly* Vol 93, N°2