

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO



Caracterización de la creación de valor, en un grupo de interés priorizado, en una IPS de alta complejidad en la ciudad de Envigado (Antioquia)

Characterization of value creation, in a prioritized interest group, in a high complexity IPS in the city of Envigado (Antioquia)

Artículo de Investigación Científica

Autores:

Fabián Alonso Gutiérrez Builes

Jorge Enrique Atehortúa Ramírez

Medellín

2019

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO



Caracterización de la creación de valor, en un grupo de interés priorizado, en una IPS de alta complejidad en la ciudad de Envigado (Antioquia)

Characterization of value creation, in a prioritized interest group, in a high complexity IPS in the city of Envigado (Antioquia)

Artículo de Investigación Científica

Autores: Fabián Alonso Gutiérrez Builes

Jorge Enrique Atehortúa Ramírez

Tutor(a): Clara Inés Pardo Martínez

Escuela de Administración

Maestría en Dirección

Medellín

2019

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar agradecemos a Dios por darnos la vida, por concedernos buena salud y por darnos la oportunidad de seguir creciendo profesional y personalmente en compañía de nuestras familias.

Un agradecimiento muy especial para la Dra. Clara Inés Pardo Martínez por su disposición y dedicación como asesora, tutora y docente en nuestro trabajo y en la asignatura de investigación.

Agradecemos al equipo profesoral y administrativo de las Universidades del Rosario y CES, por el conocimiento, orientación y apoyo incondicional durante toda la Maestría.

Al grupo de jefes de área de la ESE de alta complejidad de Envigado por el tiempo y por su aporte para la realización de la presente investigación.

A nuestros familiares y amigos por su comprensión, paciencia y por ser nuestro motor emocional.

Finalmente a nuestros compañeros de estudio por las experiencias compartidas, por la dinámica de estudio y por la alegría que siempre irradian.

DECLARACION DE AUTONOMÍA

“Declaramos bajo gravedad de juramento, que hemos escrito el presente artículo de maestría por nuestra propia cuenta, y que por lo tanto, su contenido es original. Declaramos que hemos indicado clara y precisamente todas las fuentes directas e indirectas de información, y que este tesis de maestría no ha sido entregado a ninguna otra institución con fines de calificación o publicación”.



Fabián Alonso Gutiérrez Builes

Agosto 23 de 2019



Jorge Enrique Atehortúa Ramírez

Agosto 23 de 2019

DECLARACIÓN DE EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

“Declaramos que la responsabilidad intelectual del presente trabajo es exclusivamente de sus autores. La Universidad del Rosario no se hace responsable de contenidos, opiniones o ideologías expresadas total o parcialmente en él”.



Fabián Alonso Gutiérrez Builes

Agosto 23 de 2019



Jorge Enrique Atehortúa Ramírez

Agosto 23 de 2019

TABLA DE CONTENIDO

GLOSARIO	viii
RESUMEN	ix
ABSTRACT.....	x
INTRODUCCIÓN	11
METODOLOGÍA	29
Diseño del Instrumento	29
RESULTADOS Y DISCUSION	33
RECOMENDACIONES E IMPACTO INSTITUCIONAL.....	42
CONCLUSIONES	46
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	49

LISTA DE TABLAS

TABLA 1. PARALELO ENTRE EXPERIENCIA EN SALUD BASADA EN EL VOLUMEN Y EL VALOR.....	15
TABLA 2. PARALELO ENTRE LA ATENCIÓN EN SALUD ANTES Y DESPUÉS DE LA CREACION DE VALOR.....	19
TABLA 3. ESTRUCTURA DE ANÁLISIS PARA EL DISEÑO METODOLÓGICO DEL INSTRUMENTO.....	30

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Unidades de práctica Integradas (UIP).....	33
Figura 2. Resultados Vs. Costos en la creación de valor	34
Figura 3. Contratación de pago por atención agrupada	35
Figura 4. Modelo de atención por “Redes integradas”	36
Figura 5. Expansión geográfica	37
Figura 6. Disposición de plataforma tecnológica	38

GLOSARIO

ESE: las empresas sociales de Estado constituyen una categoría especial de entidad pública, descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas o reorganizadas por ley, o por las asambleas o concejos. Son las entidades que prestan servicios de salud directamente por la Nación.

GRUPOS DE INTERES: hace referencia a la segmentación de grupos con los que tienen relación las organizaciones y sobre los cuales debe enfocarse sus estrategias para obtener los resultados necesarios para la mejor consecución de los resultados. Está conformado por empleados, proveedores, clientes, accionistas y sociedad en general.

IPS: sigla para identificar Instituciones Prestadoras de Servicios. Es decir, todos los centros, clínicas y hospitales donde se prestan los servicios médicos, bien sea de urgencia, hospitalización, cirugía, cuidado intensivo o de consulta externa.

SISTEMA DE SALUD: es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Un sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección generales. Además tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero.

VALOR EN SALUD: es la relación que existe entre los resultados de salud por dólar gastado, es decir, la relación entre el resultado y el costo, como el beneficio neto para la salud teniendo en cuenta los recursos utilizados.

RESUMEN

Los sistemas de salud del mundo y no ajeno a ello el de Colombia están en crisis, cuya situación refleja el vacío científico identificado sobre el concepto de creación de valor y su relación con el desarrollo de la organización y quienes interactúan con ella. Los sistemas de salud requieren una transformación en el corto plazo; donde la atención se debe transformar de volumen (medicina basada en la evidencia) a valor (medicina basada en la creación de valor). Este estudio busca identificar cuál es la percepción del equipo directivo de una ESE de alta complejidad del municipio de Envigado frente a la implementación de un modelo de prestación en servicios de salud, orientado a la creación de valor. La fundamentación del proyecto está basada en el modelo de creación de valor (Porter, 2004), centrados en uno de los cinco grupos de interés: los accionistas (equipo directivo); teniendo en cuenta las tres dimensiones: financiera, no financiera y el tiempo. Los resultados obtenidos muestran que los jefes de área perciben favorablemente los criterios clave (Porter, 2013) para la creación de valor en salud, resaltando como el aspecto más importante el desarrollo de una tecnología de información robusta, fácil de manejar, clara y accesible para las redes integradas de atención. En conclusión se debe trabajar desde el grupo directivo y accionistas en la búsqueda de estrategias para la creación de valor a través de la atención centrada por patologías y la creación de paquetes de atención integrales; y se propone como futuras investigaciones la evaluación de la percepción en la creación de valor para los demás grupos de interés priorizados de la ESE y basado en sus resultados proceder a la implementación de un modelo validado de creación de valor.

Palabras clave: Creación de valor, Stakeholders (grupos de interés), servicios de salud, IPS.

ABSTRACT

The health systems of the world and not alien to that of Colombia are in crisis, whose situation reflects the scientific gap identified on the concept of value creation and its relationship with the development of the organization and those who interact with it. Health systems require a transformation in the short term; where attention must be transformed from volume (evidence-based medicine) to value (medicine based on value creation). The study seeks to identify the perception of the management team of an ESE of high complexity of the municipality of Envigado against the implementation of a health service delivery model, aimed at creating value. The foundation of the project is based on the value creation model (Porter, 2004), focusing on one of the five interest groups: the shareholders (management team); taking into account the three dimensions: financial, non-financial and time. The results obtained show that the area managers favorably perceive the key criteria (Porter, 2013) for the creation of health value, highlighting the development of a robust, easy-to-use, clear and accessible information technology as the most important aspect Integrated service networks. In conclusion, we must work from the management group and shareholders in the search for strategies for the creation of value through pathology-centered care and the creation of comprehensive care packages; and it is proposed as future research the evaluation of the perception in the creation of value for the other prioritized interest groups of the ESE and based on its results proceed to the implementation of a validated model of value creation.

Key words: Value creation, Stakeholders (interest groups), health services, IPS.

INTRODUCCIÓN

El gasto en salud crece más rápidamente que la economía mundial, representando el 10% del PIB mundial. El informe de la OMS del 2018 revela un incremento rápido del gasto sanitario mundial, el cual es mayor en los países de ingresos bajos y medianos donde el gasto sanitario aumenta en promedio un 6% anual en relación con 4 % en países con ingresos altos. En promedio el 51% del gasto en salud de un país lo aportan los gobiernos, luego más del 35% del gasto en salud en cada país corresponde a gastos de bolsillo de los pacientes. En consecuencia aproximadamente 100 millones de personas son llevadas a la pobreza extrema cada año. En los países de ingresos bajos y medios los nuevos datos indican que más de la mitad del gasto en salud se destina a la atención primaria de salud. No obstante, menos del 40% de todo el gasto en atención primaria proviene de los gobiernos (Xu K, et al., 2018)

Un alto gasto por persona no quiere decir que la atención de salud es de una mejor calidad. A pesar del elevado costo de la atención médica en Estados Unidos, la calidad de la atención está por debajo de otros 10 países desarrollados, ocupando uno de los últimos lugares en el rendimiento general de la atención, generando por persona un gasto que es 50% mayor que en el penúltimo país y en el último lugar en clasificación en eficiencia, equidad y vidas saludables. (Global health care outlook Shaping the future, 2019).

Actualmente, el sector salud en Colombia continua centrando sus resultados en el corto plazo, y de igual forma se ve en cada uno de los actores que están relacionados con la prestación de los servicios de salud, donde los cuestionamientos más inmediatos son: ¿Cuándo egresará el paciente del centro de atención?, ¿Volverá a ingresar por la misma causa de atención por la que se encuentra hospitalizado?, ¿Por qué la tasa de ocupación es más alta de lo esperado?, ¿Por qué los servicios de atención médica están saturados?, ¿Por qué no somos viables financieramente?. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deben

orientar sus resultados al largo plazo y los nuevos planteamientos deben ser: ¿Qué pronóstico tiene este paciente en el largo plazo?, ¿Las alternativas terapéuticas que se entregan, si mejoraran la calidad de vida del paciente y la frecuencia de uso de los servicios sanitarios en el futuro? Pensar, preguntar y responder de esta forma movilizará la atención en salud a la creación de valor (Akerman, 2015).

La prestación de los servicios de salud se orientan a la creación de valor cuando se homogeniza y sistematiza la medición de los resultados a obtener entre todos los actores que participan en la prestación de los servicios de salud para la resolución de una patología específica, identificando y mejorando los costos asociados y la capacidad de recuperar lo facturado por el ciclo de atención completo relacionado con la enfermedad específica (Haksever, 2004)

El valor es definido como “lo que los compradores están dispuestos a pagar” (Haksever, 2004) y posteriormente propone la cadena de valor como una herramienta o modelo para identificar varias maneras de crear más valor para el cliente. Porter en 2010 define el valor como los resultados de salud por dólar gastado, es decir, la relación entre el resultado y el costo de entregar ese resultado, como el beneficio neto para la salud teniendo en cuenta los recursos utilizados". Luego, reducir costos con los mismos resultados, o aumentar los resultados con el mismo costo, aumenta el valor. De acuerdo con Raspe, una disminución de costos sin la obtención de óptimos resultados es disfuncional, lo cual podría afectar negativamente al "valor" (Raspe, 2017).

Por supuesto, los resultados y los costos deben medirse por separado y luego correlacionarse en su totalidad respectiva y sus componentes individuales. Fútilmente, el valor del tratamiento general aumenta cuando se logran resultados más relevantes para el paciente con el mismo costo o resultados iguales a un costo más bajo. Sin embargo, invertir

en elementos de tratamiento altamente valiosos puede aumentar el valor de todo un régimen de tratamiento para agregar valor al final de la cadena. (Raspe, 2017)

El reto para el actual sistema de salud, es esforzarse en el desarrollo de soluciones integrales, apalancadas en el desarrollo tecnológico, que mejoren los resultados de cada paciente atendido, por cada peso gastado a través del mejoramiento de la calidad de la atención y la reducción de gastos asociados. La creación de valor es un horizonte de largo plazo, donde mesuradamente se den cambios significativos en la atención en salud. (Raspe, 2017)

Existen diversos modelos que han surgido en función de la creación de valor y para este estudio se han considerado varios por su aplicabilidad, entre estos se encuentra el propuesto por Haksever en el 2004, que permite interpretar la creación de valor en tres dimensiones: financiero, no financiero y a través de la línea del tiempo. "Un interesado en la organización puede promover cambios o ser afectado por el cumplimiento de los objetivos organizacionales". (Freeman, 2004). El conjunto de las partes interesadas lo componen cinco grupos de interés que son: Los propietarios y/o accionistas titulares, clientes, empleados, proveedores y la sociedad. El orden y priorización de estos grupos no es relevante a no ser que una necesidad específica lo indique (Haksever, 2004).

Otra dimensión conceptual aplicada desde la responsabilidad social (Moore, 1998) postula que las organizaciones públicas tienen como finalidad crear "valor público" –resolver problemas, satisfacer necesidades y habilitar el ejercicio de derechos– mediante la prestación de bienes, servicios, transacciones, legislación y regulaciones". Para este caso, el estudio se realizara en una Empresa Social del Estado que presta servicios de alta complejidad y para ello, se llama "valor público" al beneficio que obtienen los ciudadanos (destinatarios) a partir de los resultados y efectos emergentes de las prestaciones de las organizaciones públicas.

Sólo se genera valor público en la medida que un destinatario reconoce que la prestación recibida ha representado (Ambrosio, 2015):

- (a) una respuesta adecuada a una necesidad o problema relevante para él,
- (b) una apertura de nuevas oportunidades vitales actuales o futuras, o
- (c) un aporte sustancial a la construcción de comunidad, ciudadanía, equidad o capital social”

De nuevo en salud la creación de valor es un reto, en el cual, los pacientes son lo más importante. Si el valor de la atención en salud mejora, mejoran los pacientes, los pagadores y los proveedores, beneficiándose mientras aumenta la sostenibilidad económica de la gestión en el cuidado de la salud” (Raspe, 2017). Hoy el mundo se ha ido orientando a este concepto, según Economist Intelligence Unit (EIU, 2018) que es una unidad de negocios independiente que hace parte del grupo The Economist, publicó un estudio sobre la creación de valor en salud en 25 países. Entre otros, el sistema de salud de Finlandia es un ejemplo ya que ha sido reorientado hacia la creación de valor, con monitoreo de los resultados en salud a nivel nacional y relacionado con cada euro gastado; se han implementado nuevos pagos combinados e incentivos al profesional de la salud de acuerdo a su desempeño lo cual ha llevado a una ambiciosa expansión geográfica y al diseño robusto de un sistema de información que facilite la toma de decisiones de una manera más acertada y oportuna”. (Caicedo, 2017).

La importancia de porque hoy los sistemas de salud deben enfocarse en la creación de valor está relacionada a que en la actualidad la prestación de los servicios de salud y el sistema en general de salud en Colombia y en muchas partes del mundo, están orientados al volumen y la productividad y se caracterizan por su fragmentación. Esta forma de actuar es

motivada por el pago e incentivos basados en el volumen, de perpetuar esta metodología operacional, expresa un estudio publicado en el Reino Unido en el año 2016 en The Economist Intelligence Unit, cuyos resultados indican que el gasto en salud aumentará cerca de 5% al año y en promedio en los siguientes cinco años alcanzará los 9 trillones de dólares a nivel global.

Transformar los servicios de salud de volumen y productividad a valor tiene un triple propósito que es mejorar los índices de salud de la población, que los pacientes y sus familias sientan una nueva experiencia en la prestación de los servicios de salud, y que los costos asociados a la atención clínica per – cápita se reduzcan (Bergevin, 2016).

La tabla 1 muestra comparativamente que caracteriza un sistema de salud basado en volumen frente a otro basado en valor (Caicedo, 2017):

TABLA 1. PARALELO ENTRE EXPERIENCIA EN SALUD BASADA EN EL VOLUMEN Y EL VALOR

Proceso	Atención en Salud centrada en Volumen	Atención en Salud centrada en el Valor
Pagos	Por producto utilizado o volumen de la actividad realizada	Por resultados, teniendo en cuenta alternativas.
Asuntos regulatorios	Con enfoque en BPM, seguridad y efectividad clínica. Se usan estudios de comparación con placebo.	Centrado en estudios de costo-efectividad, para identificar la mejor relación entre resultados y costos entre las alternativas posibles.
Costeo	Por volumen.	Atención por paquetes integrales
Información y registros	Medición de resultados en salud incompleta	Medición transparente de resultados incluyendo la opinión del paciente y los costos relacionados por cada atención.
Planeación del sistema de salud	Falencias en la planeación acorde a las necesidades presentes y futuras.	Planeación financiera y en salud de acuerdo con las necesidades en salud y relacionada con el costo.

El modelo de la Harvard Business Review (Porter, 2013) consta de una agenda estratégica de seis componentes que son interdependientes y se articulan mutuamente, considerándose la base para transformar la Atención en Salud de Volumen a una por Valor (Caicedo, 2017). Los seis componentes son:

Reorientar las unidades de práctica en salud de acuerdo a las condiciones médicas de cada paciente.

Busca integrar la atención del paciente en los aspectos clínicos y no clínicos desde el principio hasta el final de la atención sin separar la atención del paciente ni por ubicación ni por complejidad de las patologías (Porter, 2004).

Medir los resultados relevantes para el paciente y costos totales asociados a la atención.

Se debe medir los resultados en función de las expectativas y perspectivas del paciente desde el principio hasta el final de la atención y es un proceso que se debe hacer continuo tomando la atención de forma integrada (Caicedo, 2017).

Ajustar el sistema de pago por globales o paquetes para ciclos de atención.

En Colombia el pago debe de pasar de pago por evento a un pago integrado; lo más cercano ahora es el pago global prospectivo aunque este es basado en estudios epidemiológicos más que en un verdadero proceso de atención. Los eventos adversos y reingresos deben de ser asumidos por el prestador y debe ser fundado un plan de incentivos para los colaboradores para premiar los buenos resultados (Caicedo, 2017).

Integrar los sistemas de entrega de atención.

La prestación de servicios de salud debe realizarse creando redes integradas de atención que estén compuestas por diferentes niveles de complejidad y que cada nivel sea

eficaz, eficiente, oportuna, resolutive y con una prestación amplia geográficamente y con calidad (Caicedo, 2017).

Expandirse geográficamente.

La expansión en la prestación de los servicio de salud deben buscar satisfacer las necesidades de la población no atendida y se deben crear alianzas estratégicas con instituciones con las que se obtenga el sentido de complementariedad (Caicedo, 2017).

Desarrollo de una plataforma tecnológica para administrar toda la información.

El aporte de información obtenida en la atención debe estar almacenada en una plataforma de acceso a todos los actores independiente de la ubicación geográfica; ésta debe permitir almacenar y descargar datos en tiempo real, debe ser continua y su información debe ser analizada periódicamente para evaluar los resultados obtenidos en relación a los costos para tomar decisiones que permitan favorecer a los pacientes (Caicedo; 2017).

En el modelo (Porter, 2013) proponen tres grupos de mediciones con diferentes indicadores organizacionales, este modelo ha sido revisado posteriormente por (Ebbevi, 2016), y se listan a continuación:

Grupo 1. Indicadores de resultados en salud, por ejemplo, mortalidad, morbilidad, control de las complicaciones de enfermedades crónicas, y MRRP (Mediciones de Resultados Reportados por Pacientes) como la disminución de los síntomas físicos y emocionales, y el nivel soporte dado por la familia y por los prestadores.

Grupo 2. Indicadores de oportunidad de la atención, por ejemplo, el tiempo transcurrido entre la orden médica y el acceso efectivo para procedimientos diagnósticos o terapéuticos, así como el inicio de un tratamiento específico, y los días de trabajo perdidos debido a una enfermedad.

Grupo 3. Indicadores de continuidad de la atención, por ejemplo, el tiempo necesario para identificar una recaída o remisión de la enfermedad, y el porcentaje de casos prevenidos de complicaciones derivadas de la atención médica a corto y largo plazo. (Ebbevi, 2016) Además resalta que estos indicadores deben ser priorizados y difundidos al interior de toda la organización, como parte de la cultura de valor.”

La creación de valor es una oportunidad en el sector salud, donde cada uno de los actores que intervienen, pueden fortalecer sus organizaciones y mejorar la calidad de vida y la salud de la población, como conclusión de este concepto Porter y Lee (2013) han concluido que los principios de la competencia basada en valor son:

1. Crear valor en salud, es pensar en el paciente y no solo en la reducción de costos.
2. Se deben favorecer escenarios de libre competencia, basada en los resultados.
3. La creación de valor debe centrarse en las condiciones médicas durante todo el ciclo de atención.
4. Competir con una atención de alta calidad debe de ser menos costosa.
5. El valor depende de la experiencia, la satisfacción del paciente y su familia y el mejoramiento a través del aprendizaje que el equipo de salud adquiere sobre la condición médica de los pacientes.
6. El desarrollo de la competencia no puede ser solamente local, debe ser regional y nacional.
7. Se debe disponer de un sistema de información que permita acceder a los que conforman la cadena de valor, en línea a los resultados y costos médicos del proceso de atención en salud.

8. El mejoramiento continuo y la innovación que aumentan el valor deben ser reconocidas y recompensadas.

Como se transforma el aseguramiento y la prestación de salud centrados en la creación de valor se presenta en la tabla 2:

TABLA 2. PARALELO ENTRE LA ATENCIÓN EN SALUD ANTES Y DESPUÉS DE LA CREACION DE VALOR

ANTES DE CREAR VALOR	DESPUÉS DE CREAR VALOR
Se caracteriza por la cultura de la negación	Habilita el acceso y la experiencia de valor basado en una competencia por resultados.
Restringe la elección del paciente sobre su prestador y tratamientos.	Permite al paciente estar informado y le permite elegir su prestador y tipo de atención.
Prestadores enfocados en procesos y microgestión	Medir y recompensar a los prestadores según sus resultados
Ambientes de complejidad en tramitología administrativa, transaccional y con dificultades para la facturación de los servicios de salud prestados.	Simplifica los trámites administrativos, las relaciones transaccionales y la facturación de los servicios de salud.
Estimula la competencia por incentivos y pagos basados en volumen	Estimula la competencia basado en los resultados.

El rol de los aseguradores en la creación de valor

Son los encargados de crear las redes de atención en salud, diseñar esquemas de contratación que se basen en acuerdos tarifarios sobre el diseño de paquetes integrales de todo el ciclo de atención, velar y coordinar el sistema de información y la plataforma tecnológica que integra el proceso de atención y sus necesidades. Un asegurador en el futuro podrá asumir diferentes perfiles que apoyen la relación entre prestadores y pacientes y su integración con los demás actores del sistema; pero su papel fundamental está orientado a la gestión de la salud de la población basada en resultados de calidad, que transformen, los índices epidemiológicos y que esto se vea reflejado en un mejoramiento en la calidad, esperanza de vida y la salud y que se resuelvan las necesidades de atención médica.

El rol de los prestadores en la creación de valor

Los prestadores se deben redefinir estratégicamente y con el compromiso organizacional de crear Unidades Clínicas Integradas – Unidades Integradas de Práctica (UIP), desarrollar un gobierno corporativo consciente de generar valor para los pacientes y demás grupos de interés que interactúan en la operación de la institución e intervienen en el proceso de atención, orientando la gestión empresarial a la cultura de la medición de los resultados y los costos. A través de la investigación y el mejoramiento científico y tecnológico de las ciencias médicas y clínicas, desarrollar un acto médico con más precisión y objetividad y menos intuitivo, de cara a un resultado de calidad y que mitigue los sobrecostos de la atención con eventos prevenibles, donde todo el personal se convierta en un aliado de la eficiencia operativa y financiera de la institución. El trabajo integrado y en equipo debe liderar la gestión y operación organizacional, vinculándose en la participación de los sistemas de información y desarrollos tecnológicos que favorezcan los buenos resultados y el acceso a la información en línea y donde el paciente siempre ocupe ese primer lugar.

Los sistemas de salud del mundo y no ajeno a ello el de Colombia están en crisis, cuya situación refleja el vacío científico identificado sobre el concepto de creación de valor y su relación con el desarrollo de la organización y quienes interactúan con ella. Los sistemas de salud requieren una transformación en el corto plazo; donde la prestación de servicios de salud se debe transformar de volumen (medicina centrada en la evidencia) a valor (medicina centrada en la creación de valor) (Caicedo, 2017)

El ejemplo más citado sobre creación de valor a nivel de prestación es el referenciado en Cleveland Clinic conocido por centrarse en el paciente y crear cadenas de servicios con orientación de pagos a ciclos de cuidado. Otro caso en los Estados Unidos es el de la aseguradora Kaiser Permanente, reconocida por el tema de aseguramiento basado en riesgos. Otros ejemplos a nivel de prestación, aseguramiento, regulación y desde la perspectiva académica que han llamado la atención por su modelo de creación de valor son: El Munich City Hospital, La Schön Klinik reconocidos en Alemania. El Hospital Universitario de Barcelona en España, y la Escuela de Negocios de la Universidad de Navarra como centro de referencia académico regional. El MD Anderson Cáncer Center, el Medical Center of Virginia, los Cedars-Sinai Centers, el Children's Hospital of Philadelphia y el Texas Children's Hospital en los Estados Unidos. El National Health System de Reino Unido, por la creación de grupos de comisión clínica para la regulación de la prestación en Inglaterra y sistemas similares en Escocia y Gales. El Karolinska University Hospital en Suecia, y el Decision Institute en Holanda como referente académico (Caicedo, 2017).

Otro de los casos más representativos en la creación de valor es el identificado en Mayo Clinic en Estados Unidos; cuyo modelo está basado en 4 fases (alineación, descubrimiento, difusión gestionada y medición), utilizado en la búsqueda de una práctica única de alto valor, impartiendo soluciones al imperativo de reducir los costos de atención médica y mejorar la calidad. Los resultados son medidos a largo plazo basados en las

métricas definidas por ejemplo tasas de infecciones, estancias hospitalarias, eventos adversos, efectividad de tratamientos, satisfacción del paciente entre otros relacionados con los costos. Si bien la organización siente la necesidad de un sistema de medición integral basado en la creación de valor, está claro que tomará años para que esto evolucione. (Swensen, 2012).

En Colombia la Asociación Nacional de Instituciones Financieras – ANIF, en un informe publicado en 2016 en la revista Consultor Salud a cerca de los costos del sistema de salud, indica que por las diferentes presiones fiscales que ha afectado este sector en los últimos 15 años, el déficit ahora es de aproximadamente 5,3 billones; el cual, ha incrementado dado al aumento de los costos de la salud. Los rubros que superan la inflación son el aseguramiento con un 48% por encima durante 2000-2016, y los medicamentos con un sobre costo del 22%.

En Colombia encontramos el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud (IETS) y Colombiana de Trasplantes. Ambas organizaciones refieren como positivo, la migración hacia la atención médica basada en el valor, y describen como algunas ventajas, el aumento total en el número de usuarios, mejorías para los pacientes en los resultados obtenidos, desarrollo de sistemas de información más sofisticados y completos, estabilidad financiera, crecimiento geográfico, transformación de los servicios a métodos virtuales, relaciones más estrecha con los profesionales de la salud y estímulos para la telesalud (Caicedo, 2017).

Colombiana de Trasplantes cuenta con un estudio de caso en el cual evidencia la creación de valor bajo su modelo de atención a pacientes con enfermedades crónicas (Diabetes Mellitus, Presión Arterial Alta y Enfermedad Renal Crónica) asociadas a la cuenta de alto costo, con un plan de creación de valor en cuatro pasos: 1. Captación activa de pacientes en riesgo con las enfermedades mencionadas orientado a la prevención; 2. Migración hacia la atención centrada en el paciente, 3. Negociación bajo modelos orientados

a resultados en salud para el paciente y, 4. Medición y relación de los resultados de salud obtenidos con los costos, para identificar iniciativas que permitan sostenibilidad a largo plazo. (Castaño, 2013)

Es un gran desafío para el sector salud medir el valor, organizarlo y entregarlo; para ello las organizaciones deben comparar los resultados y aprender unos de otros; cuyas prácticas conllevan a la mejora y a la reducción de costos para el sistema. La atención médica basada en el valor es cada vez más el paradigma dominante para el futuro de la atención médica ya que es la única forma de hacer que la atención médica sea sostenible para los proveedores del servicio, puesto que esto es un dramático cambio de recibir pago en función de la actividad, independientemente de si la actividad fue de alta calidad o no, a recibir el pago en función de los resultados. La transformación requiere que los profesionales como proveedores de la atención se formulen preguntas estratégicas cuyas respuestas sean la orientación a la creación de valor para ellos, la institución y para el paciente. (Kaplan et al., 2015)

El sistema de salud en Colombia, en la actualidad vive una transformación que se encuentra orientada a la creación de valor en la prestación de servicios de salud, no alineada a la agenda estratégica propuesta por Porter y Lee, pero si coincidente en el mejoramiento de los resultados en salud y se ve puesta en marcha en propuestas como la la Política Integral de Atención en Salud –PAIS y su Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS, los cuales se detallan a continuación:

El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) adoptó la Política Integral de Atención en Salud –PAIS, mediante resolución 429 de 2016, la cual tiene por objetivo orientar el sistema hacia el mejoramiento de las condiciones de salud de la población colombiana a través del acceso a la prestación de los servicios de forma oportuna, eficaz y

con calidad, bajo un enfoque de preservación, mejoramiento y promoción de la salud, garantizando así el derecho a la salud de acuerdo con Ley Estatutaria 1751 de 2015.

Los dos principios base desarrollados en la política son la integralidad considerada como la igualdad en el trato y la oportunidad de acceso y la integralidad como el consolidado de la atención en salud, según la Ley Estatutaria 1751 de 2015 y que son: “La promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas”.

La Política de Atención Integral en Salud está conformada por dos partes:

Un marco estratégico que transforma los principios y objetivos en estrategias.

Un modelo operacional que, a partir de las estrategias, se instrumentaliza desde la operación y la gestión a través de la orientación e intervención de los diferentes actores del Sistema, lo cual implica la adopción de los instrumentos y la adaptación de los actores del sistema, a los objetivos de la política y el desarrollo de procesos que instrumenten la PAIS más allá de sus propios objetivos institucionales.

Las estrategias de la PAIS Son:

1. La atención primaria en salud con enfoque de salud familiar y comunitaria.
2. El cuidado.
3. La gestión integral del riesgo en salud.
4. El enfoque diferencial de territorios y poblaciones.

Acorde a la Política de Atención Integral en Salud del MSPS del año 2016 “Estas estrategias permiten la articulación y armonización del aseguramiento, la prestación de servicios de salud y el desarrollo de las políticas y programas en salud pública de acuerdo con la situación de salud de las personas, familias y comunidades, soportada en procesos de

gestión social y política de carácter intersectorial, las cuales deben aplicarse con cada uno de los contextos poblacionales y territoriales específicos, así como contar con un enfoque diferencial. El instrumento que adopta las estrategias y las transforma en procesos se consolida como un modelo de atención integral en salud”. (p. 33)

Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS.

Las estrategias de la PAIS, son operadas a través de un modelo, que a su vez entrega herramientas con el fin de garantizar la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud, por medio del diseño y entrega de lineamientos, procesos y dirección de los agentes u actores del sistema, para que exista una coordinación entre ellos y sus acciones, con un enfoque centrado en las personas.

Como es describe en la Política de Atención Integral en Salud del MSPS del año 2016 “El propósito del MIAS es por tanto la integralidad en el cuidado de la salud y el bienestar de la población y los territorios en que se desarrollan, lo cual requiere la armonización de los objetivos y estrategias del Sistema alrededor del ciudadano como objetivo del mismo. Esto implica generar las interfaces entre los agentes institucionales, las normas y los procedimientos del Sistema y su adaptación a los diferentes ámbitos territoriales. Lo anterior exige la interacción coordinada de las entidades territoriales, los aseguradores, los prestadores y las demás entidades, que, sin ser del sector, realicen acciones sobre los determinantes y riesgos relacionados con la salud. No obstante, esta integralidad no implica unicidad ya que las características de las poblaciones y de los territorios tienen diferencias”. (p. 46)

La evaluación de los efectos del Modelo se debe observar en el mejoramiento de la equidad, las variaciones positivas de los índices de estado de salud la población y en el acceso integral a los servicios, asegurando el cierre de brechas entre grupos poblacionales diferenciados por sus condiciones socioeconómicas y contextos territoriales.

El Modelo, mediante las estrategias previstas, enlaza las acciones intersectoriales y sectoriales, colectivas e individuales, incluyendo los procesos clínicos para mejorar la capacidad integral de respuesta del Sistema, lo cual implica que la prestación médica deja de ser la unidad básica de la atención; así mismo, **las nuevas unidades deben comprender la totalidad del proceso clínico y deben explicitarse en resultados intermedios, finales, ganancias en salud o reducción de la discapacidad. Para ello es necesario armonizar tanto las definiciones como los procesos en la delimitación de los grupos de riesgo, de las unidades de servicio, las unidades de contratación y pago, así como las unidades de evaluación de resultados en salud.** El MIAS se define entonces como un conjunto de herramientas técnicas que facilitan la reestructuración institucional de las intervenciones en salud colectiva, incrementan la capacidad resolutive de los servicios y permiten el flujo de información, usuarios y servicios de una manera efectiva, acorde con las funciones y competencias de las diferentes entidades.

El modelo cuenta con diez componentes operacionales que inician desde el conocimiento y caracterización de la población y sus grupos de riesgo, con base en la definición de Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) –unidades básicas de regulación a partir de las cuales despliegan adaptan los demás componentes-, los requerimientos de las redes integrales de prestadores de servicios de salud y su adaptación en el territorio, el rol de los aseguradores en los territorios donde esté autorizado para operar, sus funciones y requerimientos para la habilitación técnica, las características del recurso humano en salud, los esquemas de incentivos y pago; así como los reportes obligatorios de información requeridos y los retos de investigación, innovación y apropiación del conocimiento. Otros instrumentos regulatorios deben adaptarse a las RIAS, lo que incluye tanto el plan de beneficios como el plan de intervenciones colectivas. La responsabilidad reguladora central del Ministerio de Salud y Protección Social, en cuanto a la atención en salud, es:

1. La actualización permanente de las RIAS a partir de la evidencia y las guías de práctica clínica.

2. La asistencia técnica a los territorios en cuanto a la implementación del modelo.

Según la Política de Atención Integral en Salud del MSPS del año 2016 “La evaluación de los resultados obtenidos lo cual debe afectar los esquemas de incentivos, la propia habilitación de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios en salud (EAPB) y las redes integrales de servicios de salud. Las entidades territoriales, las EAPB y las redes de prestación deben concurrir en la ejecución del modelo, cada una dentro de sus funciones, pero mediante una acción integral y armonizada a partir del comportamiento epidemiológico del territorio y la caracterización de la población de cada EAPB en el respectivo territorio”. (p. 47)

Este estudio tiene como objetivo identificar la percepción del equipo directivo frente a la creación de valor en salud en una Institución Prestadora de Servicios de Salud de alta complejidad en la ciudad de Envigado (Antioquia); integrando el modelo propuesto por Haksever, con la estrategia planteada (Porter, 2013) desde las perspectivas financiera y no financiera, para dar respuesta a la siguiente pregunta ¿Las actividades y los resultados de la atención en salud en una ESE de alta complejidad en el municipio de Envigado son percibidos como creación de valor para el equipo directivo de la institución?

Este artículo se divide en 4 secciones iniciando por la presente introducción que presenta el contexto de los sistemas de salud en el mundo seguido del colombiano sustentando el vacío que motiva la presente investigación, seguido de la propuesta de creación de valor (Porter, 2004) y de casos de éxito tras la aplicación de estrategias que crean valor para todos los grupos de interés. En la segunda sección se presenta la metodología donde se presenta el campo de aplicación, el tipo de estudio a aplicar y la herramienta para

captar la información. En la tercera sección se presentan los resultados, la discusión se plantean las recomendaciones para la institución. Finalmente en la cuarta sección se presentan las conclusiones donde se plantea los aspectos más relevantes de la presente investigación y las ideas propuestas para futuras investigaciones.

METODOLOGÍA

El sistema de salud colombiano se ve enfrentado a invertir cada vez más capital para tratar de satisfacer las necesidades en salud de la población; sin embargo la meta cada día se hace más difícil dada la elevación de los costos a los que conlleva la atención sin obtener los resultados propuestos; cuya situación refleja el vacío científico identificado sobre el concepto de creación de valor y su relación con el desarrollo de la organización y quienes interactúan con ella. El sistema de salud y sus actores requieren una transformación en el corto plazo; donde la atención debe ser centrada en la satisfacción del paciente a un costo razonable y creando valor para todas las partes involucradas en la atención en salud.

La institución seleccionada para el desarrollo del proyecto es una ESE de alta complejidad del municipio de Envigado (Antioquia), donde se plantea llevar un estudio exploratorio usando un método cuali-cuantitativo no experimental, el nivel del objetivo es perceptual y todo está encaminado a explorar y caracterizar como se observa la generación de valor en la prestación de servicios de salud de la institución, la unidad de análisis está centrada en un grupo de interés: los directivos y/o jefes de área. El diseño de la investigación es transaccional descriptivo y la muestra es finita, no probabilística. El universo son 16 jefes de área que corresponden a la totalidad de la población del equipo directivo de la ESE de Envigado. El estudio busca identificar cuál es la actitud del equipo directivo de la ESE de alta complejidad del municipio de Envigado frente a la implementación de un modelo de prestación en servicios de salud, orientado a la creación de valor.

Diseño del Instrumento

El instrumento a utilizar es un cuestionario de preguntas abiertas, con respuestas cerradas, el método para construir dicho instrumento fue la escala de Likert, el cual consiste en un “conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se

pide la reacción de los sujetos que se les administra”. Esta escala se utiliza para medir actitudes que están relacionadas con el comportamiento y sus resultados son síntomas de cómo se percibe el objeto de referencia. Para este análisis, la actitud se define como: “La predisposición aprendida para responder conscientemente de una manera favorable o desfavorable respecto a un objeto o sus símbolos” (Fishbein, 1991)

El instrumento diseñado consta de 6 preguntas, con 5 opciones de respuesta basados en la escala de Likert y previo a su aplicación se solicita el consentimiento informado a los participantes con una aceptación de la población total. En la tabla 3 se muestra la estructura de análisis para el diseño metodológico del instrumento considerando como indicador el grado de actitud de la población objeto (jefes de área) frente a la creación de valor en la prestación de servicios de salud:

TABLA 3. ESTRUCTURA DE ANÁLISIS PARA EL DISEÑO METODOLÓGICO DEL INSTRUMENTO

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSION	ÍTEMS
Unidades de practica Integradas (UIP)	Equipo de trabajo integral entre lo clínico y lo no clínico, dispuesto para la atención del paciente durante todo el ciclo de cuidado y por lo general busca agruparse por patología y complejidad, evitando separar la atención, por especialidad o áreas físicas dentro de la misma Institución	No financiera	Crear Unidades Clínicas Integradas a través de equipos de trabajo de personal clínico y no-clínico que presten los servicios al paciente durante todo el ciclo de cuidado, por lo general organizados por patologías, no por especialidades o espacios físicos, es para usted:
Mediciones de resultados y costos por cada paciente	En la generación de valor deben construirse mediciones de resultados, tanto desde la perspectiva clínica como desde la perspectiva del paciente, manteniendo una correlación permanente con la información relacionada a los	No financiera - Financiera	Construir mediciones de resultados de calidad, por paciente, que migren de validar el cumplimiento de guías o logros alcanzados por procedimiento o por especialidad a la caracterización de resultados integrales, organizados por

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSION	ÍTEMS
	costos		patología, en los cuales deben valorarse en conjunto la perspectiva clínica y la expectativa del paciente, y correlacionarlos de forma permanente con los costos generados durante el ciclo de cuidado, es para usted:
Pago por paquetes integrales de atención	La cadena de valor debe centrarse en pagos por paquetes integrales de atención o también llamados pagos agrupados, en los que se calcule el costo total de un resultado en salud y en el caso de sobrecostos por reingresos o efectos adversos estos deberán ser sumidos por el prestador	Financiera	Negociar pagos por paquetes integrales de atención o también llamados pagos agrupados, en los que se calcule el costo total de un resultado en salud y en el caso de sobrecostos por reingresos o efectos adversos estos deberán ser sumidos por el prestador. Es para usted:
Redes Integradas de Prestación de Servicios	La atención en salud debe evitar la ineficiencia a través de la conformación de Redes Integradas, las cuales deberían construirse mediante cuatro pasos secuenciales: 1. La reestructuración de un portafolio de servicios ajustado y ofertado por cada prestador, según los grupos de riesgo en los que se va a concentrar la prestación del servicio de salud. 2. La atención especializada concentrarla en menos ubicaciones. 3. La selección de la ubicación correcta para todos los servicios de baja complejidad, ampliando su alcance geográfico, su oportunidad y su resolutivez. 4. La integración del proceso mediante redes de prestación entre diferentes servicios y sedes, que permitan mejorar la aplicación de guías clínicas	No Financiera	Crear Redes Integradas para la atención en salud, que favorezcan la eficiencia, calidad y oportunidad a través de la estandarización de guías y protocolos, que mejoren el acceso a los servicios de salud en los diferentes niveles de complejidad, que concentren la atención especializada, y que cada prestador diseñe un portafolio de servicios ajustado a su capacidad y a los riesgos de la población que va atender. Es para usted:

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSION	ÍTEMS
	estandarizadas, protocolos, listas de chequeo y procesos de verificación de la calidad		
Expansión geográfica	Las organizaciones de salud en forma de redes deben expandir sus servicios en sus áreas de influencia, enfocadas en generar valor en salud, no en el aumento de la oferta de servicios de forma innecesaria ni en expandir la prestación de forma aislada o competitiva. Esta reorganización de la red de servicios puede darse con prestadores directos o mediante alianzas con otros centros, y debe estar correctamente articulada con los niveles de alta complejidad y con una robusta plataforma tecnológica.	Financiera	Impulsar el crecimiento de las organizaciones de salud en forma de redes, en sus áreas de influencia, motivado por la generación valor en salud y no en el aumento de la oferta de servicios de forma innecesaria o la expansión la prestación de forma aislada o competitiva. A través de prestadores directos o mediante alianzas estratégicas, articulando complejidad y complementariedad e integrados por una robusta plataforma tecnológica. Es para usted:
Plataforma tecnológica de información	Es una estructura basada en el trabajo en equipo lideradas por la red, en las que los interesados en el cuidado del paciente, trabajan conjunta y coordinadamente para orientar y centrar la atención en el paciente, que favorezca la creación de un lenguaje e información relacionados con el paciente y su atención, que sea accesible para todos los actores, que alimente en línea y permita la gestión del costo médico y que su arquitectura de datos permita extraer información en tiempo real y analizarla con el fin de mejorar todo lo relacionado con la prestación del servicio y la eficiencia de los procesos relacionados	No financiera	Disponer de una plataforma tecnológica de información centrada en la atención del paciente, accesible para todos los prestadores que integran la red, que opere en un lenguaje común y entendible para todos, que permita la gestión del riesgo y el seguimiento a los costos en línea, que posibilite extraer todo tipo de información relacionada con el paciente en tiempo real y que sea fácil de analizar, con el fin de mejorar todo lo relacionado con la prestación del servicio y la eficiencia de los procesos relacionados. Es para usted:

RESULTADOS Y DISCUSION

Realizada la aplicación del instrumento de medición al 100% de la población planteada, compuesta por 16 jefes de área de la ESE de alta complejidad, lo cual es representativo para el alcance del estudio y que es uno de los grupos de interés (los accionistas), se presentan los resultados obtenidos sobre la percepción del grado de importancia de la creación de valor en la prestación de servicios de salud desde las perspectivas financiera, no financiera y el tiempo.

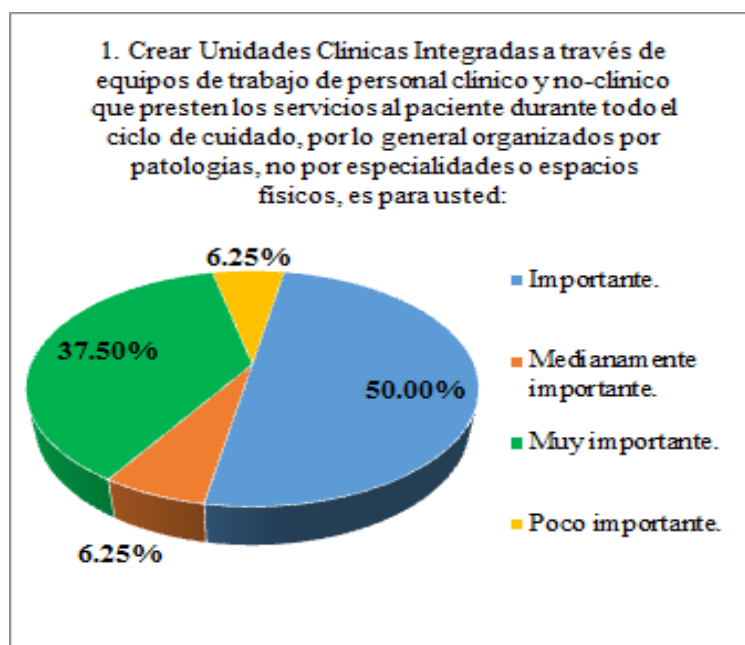


Figura 1. Unidades de práctica Integradas (UIP)

La figura 1 muestra que el 50% de los encuestados indica que la atención por unidades integradas es un factor muy importante para la creación de valor seguido de un 37,5% que indican que este es un factor importante.

La atención actualmente en la institución como en la mayor parte de las entidades de salud en el país está alineada por especialidad acorde al modelo de medicina basado en la evidencia, por lo que se puede explicar el 12,5% que consideran este factor entre

medianamente a poco importante. En este aspecto es importante resaltar que el modelo de atención en la institución a pesar de ser por especialidades en parte se encuentra alineado con la teoría de creación de valor (Porter, 2013) ya que en cada servicio los pacientes tienen una alta relación en sus diagnósticos principales.

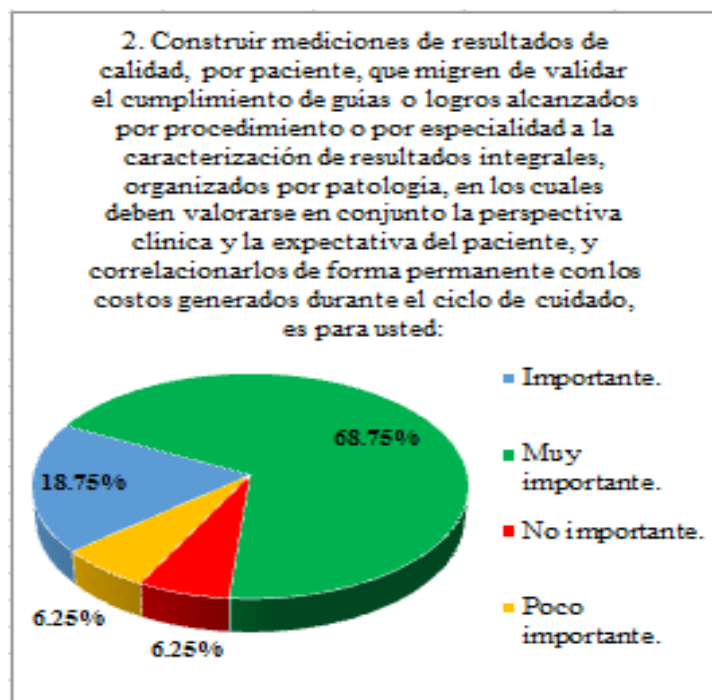


Figura 2. Resultados Vs. Costos en la creación de valor

La figura 2 indica que el 65% de los jefes de área perciben la relación entre resultados y costos como un indicador muy importante para la creación de valor, lo cual se ajusta con la definición de creación de valor. En segundo lugar encontramos que para el 18,75% de los jefes de área ésta variable es importante seguido de un menor porcentaje del personal que indican que es poco a no importante, quienes posiblemente consideran que la atención del paciente debe realizarse con la mayor calidad sin importar el costo pero esta es una de las causas del impacto negativo en los costos de la atención ya que de acuerdo a Porter y Lee (2013) la creación de valor para el paciente y para la organización se maximiza cuando se obtienen los mejores resultados para el paciente a los menores costos. En la actualidad la

ESE puede revisar constantemente la inclusión de nuevas tecnologías que sean más costo-efectivas, buscar alianzas estratégicas con los proveedores de servicios para mejorar la atención y fortalecer el programa de medicina domiciliaria; los cuales están entre los aspectos más relevantes para elevar la satisfacción de los pacientes con una reducción en los costos.

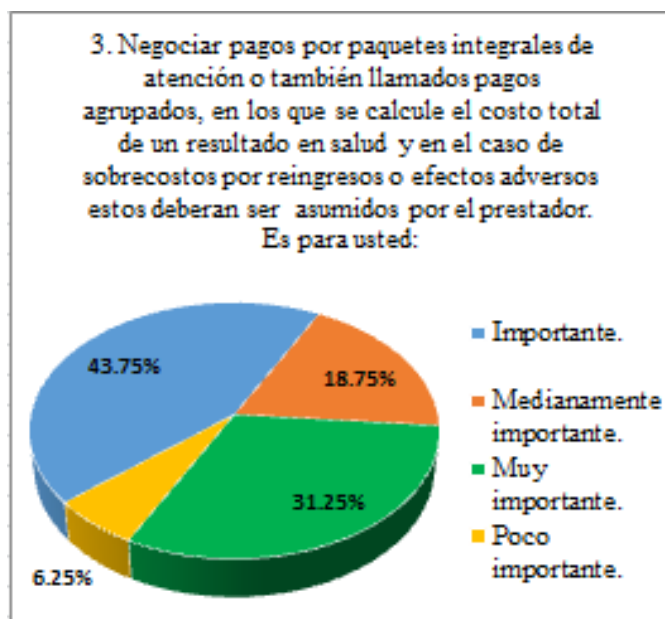


Figura 3. Contratación de pago por atención agrupada

La figura 3 muestra que para el 43,75% de los jefes de área el pago por paquetes de atención es importante seguido de un 31,25% que consideran que es muy importante. Para el 25% del personal encuestado este aspecto esta entre medianamente importante a poco importante.

Los resultados indican que el pago por paquetes de atención no es percibido con la mayor favorabilidad, lo cual puede tener relación con la población atendida, ya que al tratarse de una ESE la mayor parte de los pacientes son geriátricos y con múltiples comorbilidades, lo cual en la modalidad de pago por paquete puede reducir la rentabilidad en la atención; sin embargo las entidades responsables del pago deberían considerar la edad de la población como una de las variables diferenciadoras a la hora de definir el valor del paquete para la

atención integral de este segmento poblacional; impactando de manera directa en la reducción de tasas de reingreso por necesidades no atendidas o por complicaciones los cuales se reflejarían en el futuro en una reducción de costos en los pagos a la ESE.

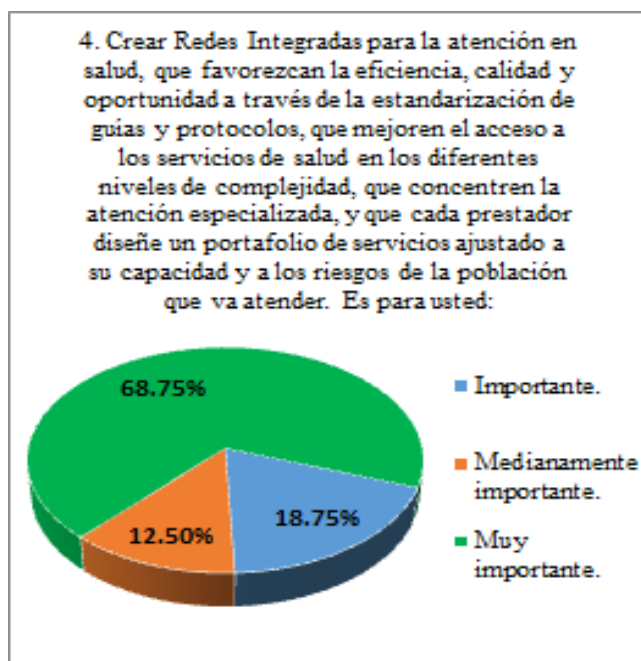


Figura 4. Modelo de atención por “Redes integradas”

En la figura 4 se observa que para el 68,75% de los jefes de área es muy importante la atención fundada a través de redes integradas con prestación de servicios complementarios, seguido de un 18,75% quienes perciben que es importante y un 12,5% que lo ven como una variable medianamente importante. Actualmente la institución como la mayoría del sector se centra en sus especialidades aunque se han creado lazos con entidades de menor complejidad se identifica como una necesidad crear alianzas con otras IPS que presten servicio que no son ofertados en el portafolio institucional mejorando la oportunidad y la continuidad de los tratamientos prescritos a los pacientes quienes se ven enfrentados a largos y tediosos procesos administrativos para lograr la consecución de las autorizaciones y posteriormente largos tiempos de espera por agendas colapsadas en las IPS donde son remitidos y que no tienen relación alguna con la ESE de Envigado y por ende no conocen las necesidades particulares

de cada paciente. (Porter, 2013) describe las redes integradas de una manera interconectada, unificando criterios y protocolos entre las entidades participantes; luego es una práctica no muy aplicada en el entorno por falta de experiencia y por la complejidad de la regulación en cuanto a confidencialidad de los datos.

En la figura 5 se observa que el 68,75% de los jefes de área encuestados perciben como muy importante y el 31,25% como importante la expansión geográfica buscando satisfacer las necesidades de los pacientes y no por competencia de mercados.

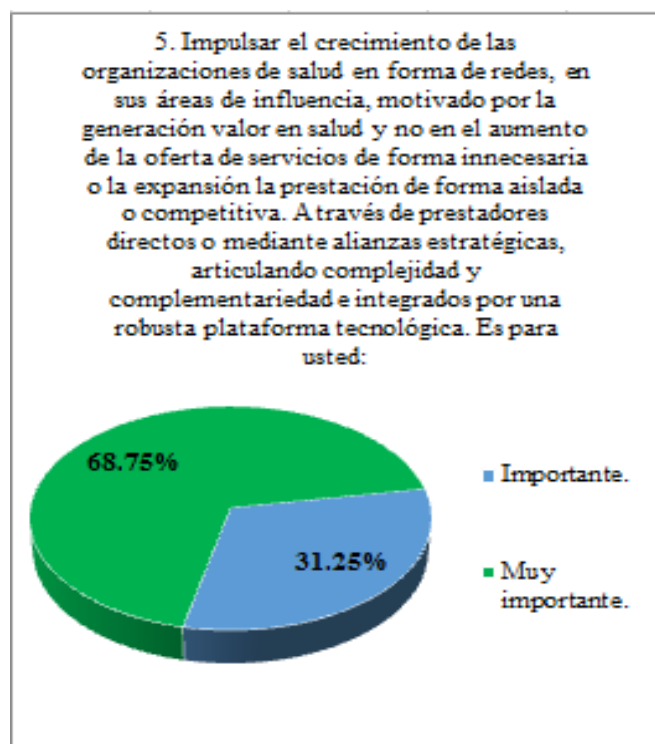


Figura 5. Expansión geográfica

El abordaje de la expansión geográfica es satisfecho de cierta manera con los programas de medicina domiciliaria y una práctica relativamente nueva la creación de alianzas con otras IPS ya que la construcción de nuevos centros requiere de un gran músculo financiero lo cual es complejo por este tiempo dada las dificultades por las que atraviesa el sector salud. Cabe anotar que para lograr el cumplimiento de la atención en salud en redes

integradas es necesario es desarrollo de una plataforma tecnológica robusta a la que puedan acceder las entidades que tienen convenios; sin embargo es algo que se ve como construcción a futuro ya que no se cuenta con tal desarrollo actualmente a pesar de que la ESE si cuenta con un software eficiente y seguro pero solo de uso interno.

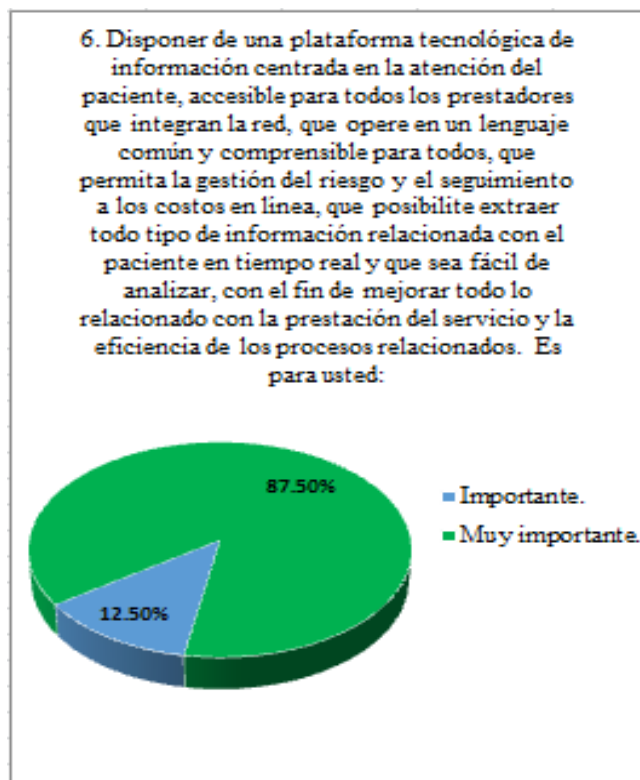


Figura 6. Disposición de plataforma tecnológica

En la figura 6 se puede observar que el 87,50% perciben como muy importante en la creación de valor para el paciente disponer de una plataforma tecnológica robusta, fácil de manejar, con un lenguaje claro y accesible en toda la red de atención y el 12,50% lo perciben como un factor importante. Para los jefes de área esta variable es la más importante de las evaluadas lo cual se alinea con la era digital y la revolución 4.0 donde la construcción de bases de datos sólidas se han convertido en la mayor herramienta para la interpretación de datos que permiten la lectura del entorno y la toma de decisiones frente a las necesidades de la población atendida.

Desde la perspectiva del Sistema de Salud Colombiano y de forma más precisa, en Instituciones públicas, la gestión basada en la calidad y la creación de valor es un reto estratégico, que se ha planteado, para los últimos años, como una tendencia directiva y normativa. Esto sustenta la favorabilidad en la orientación motivacional hacia la implementación de la agenda estratégica, para la creación de valor en la ESE de alta complejidad de Envigado, por parte del equipo directivo de la Institución, quienes opinan sobre este eje de desarrollo Institucional como muy importante y por su conocimiento y experiencia obtiene un índice superior al 60%. Esta predisposición positiva para asumir los posibles retos y riesgos de implementar este modelo, está asociado a asumir los momentos de verdad y experiencias del paciente y su familia, como elemento co-creador y eje central de nuevas soluciones innovadoras o transformadoras, que permitan satisfacer las necesidades y deseos de los usuarios, y su resultado es la medición de la efectividad en el cumplimiento y superación de la expectativas. Reinventarse organizacionalmente, partir de un punto cero, apropiando unos recursos de inversión, es el punto de inicio para reorientación estratégica de la organización, donde el enfoque directivo, táctico y operacional, es hacia el paciente y la eficiencia, donde la estandarización de procesos y la especialización en áreas del conocimiento y la práctica médica y clínica, se convierten en una línea de rigor, venciendo muchos años de resistencia asociada al rol y estatus profesional y no a la prestación como objetivo de equipo.

Humanizar la prestación del servicio, hacer las cosas bien desde los principios de calidad normativos e Institucionales, son un eslabón de una prestación basada en la creación de valor, el cual no se puede alejar de otros como el control del costo médico, la integralidad y la posibilidad de disponer de una información amplia, suficiente, accesible y en línea, y pertinente para la toma de decisiones asociadas al ciclo del cuidado de un paciente y que de forma retrospectiva, sea capaz de caracterizar poblaciones segmentadas

epidemiológicamente, en las perspectivas financiera y no financiera. Esta arquitectura de la información, será la base para aspectos relacionados con la contratación, el crecimiento de la organización, la creación de alianzas estratégicas con enfoque de integración horizontal y todo aquello que facilite medir y relacionar los resultados con los costos totales de la atención.

Implementar este modelo estratégico, en medio de la crisis sectorial en salud que se vive actualmente, en Colombia, puede ser un riesgo, tanto para las Instituciones privadas, como para las públicas, que es el caso de la Entidad analizada, esto por problemas financieros y no financieros, como la resolutividad, accesibilidad, oportunidad, continuidad, competitividad, entre otros, hacen percibir la prestación de servicios de salud, como deficiente, lo que se convierte es una amenaza grave y costosa, para realizar el paso a paso indicado en esta agenda estratégica. El punto de partida inicial y para mitigar el impacto de asumir este reto, es centrarse en necesidades específicas y comunes de un grupo de pacientes, que se puedan de resolver de forma eficiente por la Institución, sin superar su capacidad, pasando de la prestación de volumen a valor. Este paso y los demás siempre van a estar afectados sistémicamente por limitantes que deben ser vencidas con la visión de trabajo en equipo y eficiente, orientados a hacer las cosas bien, considerando siempre y como un aspecto clave del control, el no superar la capacidad, buscando que la inversión realizada, cobre un retorno social y económico, que permitan mejorar aspectos relacionados con la reputación, mejoramiento de los ciclos de cuidado, evitar sobrecostos por procesos inadecuados y demás posibilidades de afectación a la cadena de valor y satisfacción de los pacientes y sus familias.

Resalta en este estudio la disyuntiva Institucional entre la prestación del servicio basado en calidad, respecto a la poca favorabilidad ante la integración de equipos

especializados para la atención, esto es un fenómeno que puede estar asociado al desconocimiento específico en cada una de las estrategias de creación de valor (Porter, 2013), donde cada paso es un avance condicionado para el desarrollo de los otros, no obstante aspectos como la creación de redes, crecer según la necesidad y soportar los procesos en grandes plataformas informáticas o robóticas, son más atractivas, pero quizás no muy comprendidas. Lo cual se debe concientizar y considerar como un gran esfuerzo y compromiso estratégico, en el supuesto que se desee iniciar con el montaje de este modelo.

La capacitación, comprensión, contextualización, implementación, socialización y seguimiento de esta agenda, es un proceder sistemático, que no se puede abandonar en cada uno de las estrategias planteadas y que puede ajustar en niveles considerables la curva de aprendizaje y aprehensión del modelo.

Hoy se dispone de experiencias en la implementación de modelos en salud centrados en la creación de valor que puede empezar a caracterizar factores críticos y de éxitos relacionados con su implementación y desarrollo, lo cual ya es una ruta trazada y con tendencias definidas que se deben revisar. En lo Público también existen experiencias valiosas y que no solo hablan desde el sector salud, sino desde otros sectores, con un inventario de aspectos de todo tipo susceptibles de aplicar y relacionar con salud, lo que va dando forma a un conocimiento específico que hoy puede hacer de la atención en salud una experiencia organizacional, rentable para todos y cada una de las partes interesadas y que sin duda alguna, compromete no solo al gobierno corporativo, sino a la totalidad de la organización.

Los resultados obtenidos caracterizan la importancia que el equipo directivo de la Institución le otorgan a cada una de las variables del instrumento y que se puede interpretar como el grado de predisposición que hay frente a la implementación de estas seis estrategias propuestas (Porter, 2013).

RECOMENDACIONES E IMPACTO INSTITUCIONAL

La ESE de alta complejidad, ente público descentralizado del municipio de Envigado (Antioquia), presenta según sistema de información Institucional a diciembre 31 de 2018, algunos indicadores de resultado como: el cumplimiento de la planeación operativa anual, el cual concluyo para este periodo en un índice de 95.03%, en la perspectiva financiera, entre otros indicadores tenemos, el margen operacional que obtuvo un resultado de 0.18% y un margen neto de 4%, el EBITDA alcanzo un 2.5% y entre los que pueden comprender la perspectiva no financiera se consideró el Índice de Satisfacción Global, que obtuvo un resultado de 95.7%.. Estos índices de gestión pueden ser susceptibles de mejoramiento para futuras vigencias, máxime cuando en la actualidad se ha propuesto nuevas mediciones, con indicadores más ácidos y que según lo expuesto en el paso 28° Foro Internacional: “Imaginémonos el futuro de la calidad en salud”, realizado por la OES, en alianza con la Fundación Santa Fe de Bogotá , en mayo de 2019, en la ciudad de Cartagena (Colombia), resultados como el satisfacción global, pueden bajar ostensiblemente en un 40%, si las mediciones se hacen de forma automatizada, en línea y soportados en una plataforma tecnológica amplia y sufriente, que capture con mayor confiabilidad el grado de satisfacción de los pacientes y sus familias.

Lo anterior pone la ESE en el reto de romper paradigmas asociados a la satisfacción y la eficiencia organizacional, lo cual se ve reflejado también en la favorabilidad de los resultados de asumir nuevos modelos, como es el caso, el propuesto en esta investigación que es la Creación de Valor, basada en la agenda estratégica desarrollada (Porter, 2013). Para que la Institución pueda orientarse a la implementación de creación de valor se sugiere que el equipo directivo del hospital, se capacite sobre el modelo propuesto, de tal forma que se pueda evaluar a través de un nuevo estudio, la actitud frente al compromiso de implementar las 6 estrategias propuestas en el modelo, o por lo menos las asociadas a sus competencias de

manera inicial. Luego se debe realizar estudios complementarios que analicen las expectativas de los demás stakeholders o grupos de interés priorizado, partiendo de sus resultados se debe realizar la planeación y programación para la implementación del modelo, adaptado al contexto institucional y su entorno.

Como se citó en el marco teórico, Instituciones como la Clínica Mayo lo ha implementado y es una base ideal, por su curva de aprendizaje. La implementación propone abordar 4 fases estrechamente vinculadas e interdependientes para el desarrollo del sistema de creación de valor, estas son: alineación, descubrimiento, administración de la difusión y medición. (Swensen, 2012)

La fase de alineación implica una traducción de la estrategia, planeación, objetivos e iniciativas específicas mediante el uso de un proceso de priorización y gestión. La alineación establece qué procesos se deben priorizar para mejorar y asegurar un adecuado uso recursos para las prioridades estratégicas. Cada esfuerzo debe tener un estatuto aprobado con responsabilidad explícita, disponer de recursos asignados, tener una metodología sólida y métricas de valor. El enfoque estratégico en la calidad conlleva a objetivos específicos y tácticas como por ejemplo "estandarizar, mejorar la efectividad (resultados, seguridad, servicio) y reducir el costo". El valor es definido como el cociente de calidad (es decir, resultados, seguridad, servicio) y costo a lo largo del tiempo. (Swensen, 2012)

El descubrimiento es un enfoque para entender la mejor forma de cuidar a los pacientes o proporcionar otros servicios. Eso implica identificar el resultado óptimo, seguridad, servicio, y costo a lo largo del tiempo para una línea o proceso de un servicio determinado. Eso es ante todo sobre la optimización y estandarización cuidado con la intención de eliminar los residuos en el proceso y reducir la variabilidad como un medio para mejorar la seguridad del paciente y la principal estrategia es la enseñanza basada en las

experiencias de la organización transmitidas en las diferentes actividades intrainstitucionales (comités, reuniones, capacitaciones). El descubrimiento también implica comprender y luego adaptar o adoptar prácticas organizacionales de mejora. (Swensen, 2012)

En la tercera fase, la difusión se enfocan en cómo comunicar las expectativas, capacitar (o volver a entrenar) al personal mediante el uso de instrucción y técnicas de simulación, pruebas de competencia, y asegurar que los sistemas de soporte hagan lo "correcto", "hacer, lo más fácil de hacer ". (Swensen, 2012)

Paralelo a la implementación, de las 3 primeras fases y las 6 estrategias o las que se consideren pertinentes montar, se debe realizar una planeación y programación de las nuevas métricas y el diseño del sistema de información que soportará la operación, de esto surge la cuarta fase, que tiene por objetivo diseñar un sistema de atención médica que brinde seguridad y eficiencia en el cuidado, y esto se logra, si los procesos y sistemas son estandarizados en todas las entidades operativas. La medición es una clave para mantenimiento y control de los procesos y sistemas integrados de mejoras. La medición informa a la organización qué trabajo realmente, si creo o no valor y en qué magnitud. La medición óptima requiere una infraestructura de gestión de información empresarial y monitoreo activo de métricas de valor definidas. (Swensen, 2012)

Algunos ejemplos de mediciones de satisfacción y creación de valor, que se pueden citar son: El Instrumento de medición de satisfacción implementado en la Clínica Mayo u otros modelos como el SERVQUAL, promovido por Zeithalm, Parasuraman y Berry, que proponen medir la calidad percibida de un servicio como la diferencia entre la percepción y la expectativa. (González, 2007)

El impacto de implementar esta propuesta, le permitirá a la Institución mejorar todos sus indicadores de resultado, la satisfacción de los pacientes y sus familias, fortalecerán la seguridad del paciente, definirán criterios de calidad centrados en el paciente y su atención, disminuirán riesgos y costos y finalmente podrán medir de manera clara si se está creando valor a través de la prestación de los servicios de salud, desde la perspectiva financiera, no financiera y a través del tiempo.

CONCLUSIONES

Los jefes de área como representantes de los accionistas como uno de los grupos de interés de la ESE de alta complejidad de Envigado perciben favorablemente los criterios clave propuestos (Porter, 2013) para la creación de valor en salud, resaltando como el aspecto más importante el desarrollo de una tecnología de información robusta, fácil de manejar, clara y accesible para las redes integradas.

La implementación de las seis estrategias propuestas para la creación de valor (Porter, 2013) se pueden dividir por sus características, como unas propias del prestador y otras del asegurador y hay algunas que pueden ser comunes a los dos. En este orden de ideas y en consideración con el objetivo de este estudio, desde la perspectiva del prestador de servicios de salud, se concluye, según los resultados que:

La creación de las Unidades de Práctica Integradas (UIP), obtiene un índice de favorabilidad asociado a importante de un 50%, la cual se enfoca al interés de especializarse en atención por patologías y analiza el deseo de afrontar nuevos retos que hoy las organización no perciben como muy importante lo cual puede estar sustentada en la desinformación o desconocimiento de la implementación de este modelo, que en la actualidad, varias organizaciones de salud del mundo lo han aplicado.

Las mediciones de resultados y costos por cada paciente, presenta un índice de importancia del 68.75%, este crecimiento, frente al índice anterior, puede estar asociado a una confusión conceptual, al asociar la variable al actual modelo de calidad que han asumido los prestadores en Colombia, el cual centra la gestión por volumen y no en el valor.

Uno de los resultados más importantes que vincula al prestador con el asegurador de forma contractual, es el pago por paquetes integrales de atención, el cual también se puede

percibir como un resultado sesgado, de igual forma que el anterior resultado analizado, se pudo haber presentado una confusión, al compararlo con algunos de los actuales modelos de contratación entre los que se encuentra el pago global prospectivo, el cual que se asemeja en algunos aspectos, pero su diferencia radica en que en este modelo, se centra en un sistema de medición de resultados y sistema de información tan riguroso y en línea, que conlleva a la simplificación de procesos administrativos como la facturación y el pago de los servicios, el cual debe basarse en cálculos de atenciones valoradas de forma retrospectiva de atención por patología, no por perfiles epidemiológicos de una población.

Las demás estrategias se consideran como muy importantes y muestran una actitud favorable frente a la construcción de redes integradas de atención, crecimiento geográfico y el disponer de una plataforma de información amplia y suficiente, para los objetivos del modelo. Siendo esta última la que se consideró como la estrategia más importante de toda la agenda propuesta por los autores.

Los criterios que fueron percibidos con menor favorabilidad entre los propuestos (Porter, 2013) está la atención agrupada por patologías, mas no por especialidad ni por espacios físicos y la creación de paquetes de atención integrales donde el prestador debe responder por los costos de la atención en los casos de reingreso y eventos adversos. Los jefes de área deben buscar estrategias para impactar en los aspectos anteriormente mencionados y contribuir de mejor manera en la satisfacción de las necesidades integrales de los pacientes y desarrollar medidas para impactar sobre la reducción de eventos adversos prevenibles y tasas de reingreso por necesidades no atendidas en hospitalizaciones anteriores para incrementar la creación de valor en la ESE.

En la presente investigación solo se aborda uno de los grupos de interés; por lo tanto en el futuro es necesario medir la percepción de la creación de valor para los pacientes,

colaboradores y proveedores para encontrar cuales son los aspectos en los que debe trabajar la ESE para contribuir a la creación de valor en los grupos de interés priorizados; resaltando que este es solo el punto de partida ya que solo es la medición de la percepción para cada grupo de interés frente al tema y con los resultados obtenidos se podría proceder a implementar un modelo propuesto como el de la clínica de mayo siguiendo los pasos planteados de alineación, descubrimiento, administración de la difusión y medición de los resultados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Akerman C, Stowell C. Measuring Outcomes - The Key to Value-Based Health Care. Harvard Business review, 2015; (1): 1 – 6.

Ambrosio Y, Contreras M, Bravo D. El valor público una nueva versión de la gestión. Procuraduría General de la Nación, 2015; (1): 7 - 9.

Bergevin Y, Habib B, Elicken-Jensen K, Samis S, Rochon J, Denis JL, Roy D. Transforming regions into high-performing health systems toward the triple aim of better health, better care, and better value for Canadians. Healthcare Papers, 2016, 16 (1): 34-52.

Caicedo Camilo; Gómez Alexander; Díaz Fabián; Muñoz Álvaro; Isaza Mario. Hacia la atención en salud basada en el valor: Revisión de la literatura. Revista médica sanitas 20 (3): 164-173, 2017.

Castaño RA, Salcedo-Herrera S. Colombiana de Trasplantes: un caso de éxito de un modelo de negocio innovador. Revista Vía Salud, 2013, 17(3): 13-18.

Ebbevi D, Hvitfeldt-Forsberg H, Essén A, Ernestam S. Value-based health care for chronic care: aligning outcomes measurement with the patient perspective. Qual Management Health Care. 2016, 24(4): 203-212

Fishbein, M, Middlestadt, S, & Hitchcock, P. Using information to change sexually: an analysis based on the theory of reasoned action. In J. WASSERHEIT, S. ARAL, & K.K.HOLMES, Research issues in human behavior and sexually transmitted diseases in the AIDS era (p. 243–257). Washington, DC: American Society for Microbiology, 1991

Freeman, R., (2004). The Stakeholder Approach Revisited. Zeitschrift fuer Wirtschafts- und Unternehmensethik., 5(3), 228-241.

2019 Global health care outlook Shaping the future. (2019). Retrieved from <http://search.ebscohost.com.ez.urosario.edu.co/login.aspx?direct=true&db=edseso&AN=edeso.640125448&lang=es&site=eds-live&scope=site>

González L, Bolea L, Carmona M, Rivas M. Guía para la medición directa de la satisfacción de los clientes. Instituto Andaluz De Tecnología, Egondi, 2007.

Haksever, C., Chaganti, R., & Cook, R. G. (2004). A Model of Value Creation: Strategic View. *Journal of Business Ethics*, 49(3), 291-305.

Institute for Healthcare Improvement. Are you ready to pursue the triple aim? [Internet] Massachusetts, Estados Unidos, 2009 [consultado 6 feb 2017]. Disponible en: <http://www.ihl.org/Engage/Initiatives/TripleAim/Pages/TripleAimReady.aspx> 172 Volumen 20 • No. 3 • Agosto/Octubre de 2017

Kaplan, R., Blackstone, R., Haas, D., Thaker, N., & Frank, S., (2015). Measuring and Communicating Health Care Value with Charts. *Harvard Business Review Digital Articles*, 2-8

Ley Estatutaria 1751 de 2015 "Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones" del Ministerio de Salud y Protección Social en Colombia. Consultado el 27 de septiembre de 2019. Disponible en línea: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf

Moore, K. L., Jones, G. L., & Radley, S. C. (n.d.). Development of an instrument to measure face validity, feasibility and utility of patient questionnaire use during health care: the QQ-10. *INTERNATIONAL JOURNAL FOR QUALITY IN HEALTH CARE*, 24(5), 517–524. <https://doi-org.ez.urosario.edu.co/10.1093/intqhc/mzs051>

Política de Atención Integral en Salud “Un sistema de salud al servicio de la gente” del Ministerio de Salud y Protección Social en Colombia. 2016. Consultado el 27 de septiembre de 2019. Disponible en línea: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>

Porter ME, Teisberg E. Redefining competition in Health Care. *Harvard Business Review*, 2004; 82 (6): 64-76, 136

Porter, M. E., & Lee, T. H. (2013). *The Strategy That Will Fix Health Care*. Recuperado de <https://www.hbs.edu/faculty/Pages/item.aspx?num=45614>

Raspe, H. (n.d.). Value-based health care (VbHC): Whence and wither. *Zeitschrift Fur Evidenz, Fortbildung Und Qualitat Im Gesundheitswesen*, 130, 8–12. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2017.08.002>

Resolución 429 de 2016 “Adopción de Política de Atención Integral en Salud” del Ministerio de Salud y Protección Social en Colombia. Consultado el 27 de septiembre de 2019. Disponible en línea: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20429%20de%202016.pdf

Swensen, S. J. (n.d). *The Mayo Clinic Value Creation System*. *American Journal Of Medical Quality*, 27(1), 2012. P 58-65.

The Economist Intelligence Unit. *Succeeding in a value-based environment: New business models to thrive in the future of healthcare: A White paper from The Economist Intelligence Unit Healthcare*. Londres, Reino Unido, 2014 [consultado 14 nov 2018]. Disponible en: <http://naabk.marketo.com/rs/eiu2/images/Jan%202014%20Succeeding%20in%20a%20value%20based%20environment.pdf>

Xu K, Soucat A & Kutzin J et al. Public Spending on Health: A Closer Look at Global Trends. Geneva: World Health Organization; 2018 (WHO/HIS/HGF/HF-WorkingPaper/18.3).