

PROPUESTA DE ALINEACIÓN DE LAS PERCEPCIONES DEL CONCEPTO DE  
VALOR EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD

ANGÉLICA MARÍA BELTRÁN BUILES

UNIVERSIDAD EAFIT  
ESCUELA DE ADMINISTRACIÓN  
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN - MBA  
BOGOTÁ  
2019

PROPUESTA DE ALINEACIÓN DE LAS PERCEPCIONES DEL CONCEPTO DE  
VALOR EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD

ANGÉLICA MARÍA BELTRÁN BUILES

Trabajo de grado Maestría de profundización

Asesor temático: Ricardo Uribe Marín M.Sc.

Asesor metodológico: Gina Giraldo, Ph.D.

UNIVERSIDAD EAFIT  
ESCUELA DE ADMINISTRACIÓN  
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN - MBA  
BOGOTÁ  
2019

Gracias a Dios, a mi papá, a mi mamá, a mis hermanas, a mi sobrina, a Gamín, a mis amigos y a mí.

## CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	15
1. OBJETIVOS .....	16
1.1 OBJETIVO GENERAL.....	16
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	17
2.1 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA .....	17
2.2 JUSTIFICACIÓN .....	23
3. MARCO CONCEPTUAL.....	28
3.1 CONCEPTO DE PERCEPCIÓN.....	30
3.2 CUADRO DE MANDO.....	32
3.3 GENERACIÓN DE VALOR Y EVA®.....	34
4. MATERIALES Y MÉTODOS.....	35
4.1 METODOLOGÍA.....	35
4.1.1 ENTREVISTAS SEMIESTRUCTURADAS.....	40
4.1.2 DISEÑO DE LA HERRAMIENTA PARA OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN (ENTREVISTAS SEMIESTRUCTURADAS).....	41
4.1.3 DEFINICIÓN DE LA POBLACIÓN OBJETIVO PARA APLICACIÓN DE LA ENTREVISTA .....	43
5. DESARROLLO DEL PROYECTO .....	44
5.1 PROCESO DE APLICACIÓN DE LA HERRAMIENTA .....	44
5.1.1. GENERALIDADES.....	44
5.1.2 PERSPECTIVA FINANCIERA.....	46
5.1.3 PERSPECTIVA DE APRENDIZAJE .....	48
5.1.4 PERSPECTIVA DEL CLIENTE .....	50
5.1.5 PERSPECTIVA DE PROCESOS INTERNOS .....	52

5.2	ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN OBTENIDA.....	55
5.2.1	CONCEPTO DE GENERACIÓN DE VALOR .....	55
5.2.2	GRUPOS DE INTERÉS IDENTIFICADOS.....	56
5.2.3	EXPERIENCIA Y PROCESOS RELACIONADOS CON GENERACIÓN DE VALOR	58
5.2.4	MEDICIÓN DE VALOR EN LA ATENCIÓN DE SALUD .....	59
6.	CONCLUSIONES.....	62
7.	RECOMENDACIONES.....	64
8.	REFERENCIAS.....	65

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Comparativo entre la atención en Salud basada en el volumen y atención en Salud basada en el Valor.....	29
Tabla 2. Descripción de la muestra utilizada para la aplicación de entrevistas semiestructuradas .....	43
Tabla 3. Transcripción de Resultados – Concepto General .....	45
Tabla 4. Transcripción de Resultados – Perspectiva Financiera .....	47
Tabla 5. Transcripción de Resultados – Perspectiva de Aprendizaje .....	48
Tabla 6. Transcripción de Resultados – Perspectiva del Cliente.....	51
Tabla 7. Transcripción de Resultados – Perspectiva de Procesos Internos .....	52
Tabla 8. Propuesta de Modelo para Medición de Valor en la atención de Salud. Elaboración Propia. ....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>

## LISTA DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Gasto en Salud y Expectativa de Vida en Colombia..... **Error! Bookmark not defined.**

Gráfica 2. Pirámide Poblacional en Colombia ..... **Error! Bookmark not defined.**

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Marco conceptual del Sistema de Salud basado el Valor .....	29
Figura 2. Enfoque de Medtronic para VBHC.....	30
Figura 3. Estructura del cuadro de mando integral .....	34
Figura 4. Representación gráfica de las fases y objetivos del trabajo de investigación .....	39
Figura 5. Alineación del CMI con la estructura de entrevista semiestructurada.....	42
Figura 6. Lógica basada en valor.....	45
Figura 7. Cuádruple objetivo en salud .....	46
Figura 8. Triple objetivo en salud.....	53
Figura 9. Grupos de interés involucrados en el concepto de generación de valor.....	56
Figura 10. Análisis de los grupos de interés .....	57
Figura 11. Proceso propuesto para medir resultados asociados a la entrega de valor al paciente Fuente: elaboración propia. ....	61
Figura 12. Propuesta de modelo para medición de valor en la atención de salud.....	62

## LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1. ESTRUCTURA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA .....	69
--	----

## RESUMEN

El objetivo de la presente investigación es identificar las percepciones individuales que tienen los responsables de la atención sanitaria sobre el concepto de generación de valor, con el propósito de proponer un mecanismo de alineación y medición orientado a la gestión del cuidado del paciente, mediante la aplicación de entrevistas semiestructuradas con un enfoque hermenéutico. La investigación tiene un sentido hermenéutico. Esto es, busca comprender el discurso de los entrevistados. La idea de esta metodología consiste en construir espirales hermenéuticas de posibles interpretaciones y apreciaciones de los documentos leídos y de las entrevistas realizadas. Para lograr el objetivo de la investigación se realizaron siete entrevistas semiestructuradas a los representantes de cada uno de los sectores involucrados en el proceso de atención al paciente: prestador, médicos, proveedor y pagador, aquellos encargados de las funciones de compras, negociación, finanzas y área comercial. Los hallazgos de las entrevistas fueron contratados usando como marco referencial el *cuadro integral de mando*. Con esta investigación se recolectaron los conocimientos individuales que existen sobre el concepto de generación de valor en la atención de la salud y posteriormente, a través de una comprensión y análisis, se ofreció un mecanismo de medición alineado a las expectativas de los involucrados. Finalmente, el documento proporciona recomendaciones para acelerar el cambio en los modelos de gestión sanitaria, donde proveedores de dispositivos médicos puedan tomar un rol protagonista y de compromiso en el proceso.

*Palabras clave:* valor, generación de valor, sistemas de salud, prestación de atención en salud, atención de salud basada en el valor, *value-based healthcare* (VBHC)

## *ABSTRACT*

The objective of the present investigation is to identify the individual perceptions that those responsible for health care have about the concept of value generation, with the purpose of proposing an alignment and measurement mechanism oriented to the management of patient care, through the application of semi-structured interviews with a hermeneutical approach. The research has a hermeneutical sense; that is, it seeks to understand the speech of the interviewees. The idea of this methodology is to build hermeneutical spirals of possible interpretations and appreciations of the documents read and the interviews carried out. To achieve the objective of the investigation, seven semi-structured interviews were conducted with the representatives of each of the sectors involved in the patient care process: provider, doctors, provider and payer, those in charge of purchasing, negotiation, finance and commercial area. The findings of the interviews were contracted using the Balance Scorecard Card as a reference framework. With this research, the individual knowledge that exists about the concept of generating value in health care was collected and subsequently, through an understanding and analysis, a measurement mechanism aligned to the expectations of those involved was offered. Finally, the document provides recommendations to accelerate the change in health management models, where medical device providers can take a leading role and commitment in the process.

*Keywords:* value, value generation, health system, health care delivery, value-based health care (VBHC)

## GLOSARIO

**ATENCIÓN DE SALUD BASADA EN EL VALOR:** la atención de salud basada en el valor se trata de cómo se integran los procesos de prestación sanitaria en una cadena de valor enfocada en ofrecer resultados mejores al paciente y a los interesados, en este escenario de cambio demográfico y epidemiológico de personas con multimorbilidad de enfermedades crónicas.

**GENERACIÓN DE VALOR:** es la actividad que se lleva a cabo para lograr resultados de mejora, bienestar y satisfacción, manteniendo una relación óptima de los costos involucrados en esa actividad. Puede considerarse como la capacidad que tienen las empresas para generar riqueza o utilidad por medio de su actividad económica, y tiene que ver con la imagen o el reconocimiento de la empresa, la percepción que los consumidores tienen de esta y la efectividad de sus productos y servicios. Aclarar este concepto permite establecer aspectos relevantes al momento de generar valor: el prestigio de los involucrados en la prestación de un servicio eficiente y la percepción del cliente sobre dicho servicio. Estos puntos serán tenidos en cuenta en adelante para definir un contexto alineado entre los actores del proceso.

**MEDICIÓN DE VALOR:** este proceso comienza con la medición de resultados obtenidos al ofrecerle un tratamiento a un paciente, para compararlos más adelante con los costos involucrados en dicho tratamiento. En la actualidad no se mide el valor aportado en el proceso de atención. En este sentido, Porter y Teisberg (2006) proponen un modelo de medición de resultados por niveles jerárquicos para cubrir todo el evento de tratamiento del paciente. La medición y mejora de procesos son tácticas importantes, pero no son un sustituto de la medición de los resultados. Según Martínez (2015), los costos asociados tampoco miden el valor. En la generación de valor deben construirse mediciones de resultados tanto desde la perspectiva clínica como del paciente, manteniendo una correlación permanente

con la información relacionada con los costos. Teniendo en cuenta lo anterior, la medición de valor debe migrar desde el cumplimiento de guías y protocolos clínicos hacia los resultados del paciente, organizándolos por patologías y no por intervenciones realizadas. Caicedo, Gómez, Díaz, Muñoz e Isaza (2017) señalan que hay un común denominador al revisar la literatura vigente, y es que se hace necesario realizar estas mediciones en plataformas digitales, de consulta abierta para todos los involucrados, siguiendo una cadena, y con análisis dinámicos en tiempo real.

**MODELO DE GESTIÓN EN SALUD:** de acuerdo con Páez, Jaramillo, Franco y Arregoces (2017), el modelo de gestión en salud se entiende como la financiación y forma de operación de las instituciones encargadas de permitir que la gente acceda a los servicios de salud. Puede considerarse entonces como la unidad mínima, que está compuesta por el ser (misión, valores), el estar (cultura, estructura) y el hacer (funciones, prioridades), teniendo como centro el paciente. La mayor parte de estos modelos han sido creados con propósitos específicos, pero con el paso del tiempo las actividades de corto plazo que surgen en la urgencia del día a día conducen a que se distorsione la misión con la que fueron creados. Por ello han emergido nuevos modelos de gestión desde la reingeniería (Tobar, 2002), donde se rediseñan el estar y el hacer, con el compromiso de los prestadores, pagadores, equipo médico y proveedores involucrados en la prestación del servicio de salud.

**VALOR EN LA SALUD:** el concepto de valor en un sistema de salud se puede establecer como una referencia clave que asocia el valor con el destinatario; en este caso el paciente, como objetivo excluyente de un sistema de salud. En este marco, se podría definir como la relación entre los resultados obtenidos y el costo incurrido para obtener dichos resultados, centrándolo claramente en un enfoque asociado a la eficiencia. La atención sanitaria basada en valor puede definirse, según Pendleton (2018), como la iniciativa para desarrollar e implementar productos, servicios y

soluciones integrados en los que, a partir de la recopilación de textos y de la generación de una comprensión comparativa, y por medio de la mejora en la calidad y en los resultados de la atención se reduce el gasto asociado al paciente por cada dólar gastado en el sistema. El valor en la salud es un concepto que se mide holísticamente a largo plazo, y de maneras que son significativas para el paciente. Como conclusión se puede enunciar que el concepto de valor en la salud mantiene como foco central el sujeto objetivo: el paciente. Por ello es importante analizar sus necesidades y expectativas frente a la prestación del servicio.

*VALUE-BASED HEALTHCARE* (VBHC): corresponde a las siglas en inglés para atención de salud basada en el valor. El marco teórico, los conceptos, las prácticas y herramientas del VBHC son los establecidos por Harvard Business School y Harvard Medical School (Christensen, Bohmer & Kenagy, 2000). Los conceptos son descritos por el profesor Porter (2010) en su famoso artículo en el *The New England Journal of Medicine* y han sido desarrollados internacionalmente por el grupo de la profesora Teisberg, en Harvard University Business School, como una referencia central. Las ideas han demostrado su valía en reconocidos centros de todo el mundo, tales como la Clínica Cleveland, el Centro Médico UCLA, el Hospital Infantil de Filadelfia y el Schön Klinik. Aunque el concepto ha sido desarrollado ampliamente, se detectan muy pocos casos implementados en Latinoamérica, pues las barreras relacionadas con el entendimiento del concepto y la implementación han impedido la migración de este modelo de gestión de salud.

## INTRODUCCIÓN

Las innovaciones en la administración de servicios de salud les dan respuesta a muchos de los desafíos que en la actualidad enfrentan las clínicas y los hospitales del país, en especial los operativos y financieros, los cuales afectan la salud de los pacientes al no permitirles acceder a servicios oportunos y de calidad. Retos tales como garantizar la cobertura en la atención a una población más longeva y con prevalencia en enfermedades crónicas tienen como efecto un mayor costo per cápita. En Colombia, una de cada cuatro personas fallece debido a enfermedades cardiovasculares, un problema que supone un costo económico muy elevado, el cual, según López (2017), se estima en alrededor de los \$6,4 billones al año. Estos costos pueden ser: de relación directa con el evento asistencial, tales como la atención médica, los tratamientos y las cirugías, o de relación indirecta, tales como los gastos en la prestación del servicio. Por esta razón han surgido modelos de atención diferenciadores, donde todos los actores de la prestación del servicio se comprometen con los resultados de mejora de las condiciones de vida del paciente y se logra optimizar los recursos disponibles. Ese compromiso implica una alineación de expectativas y un entendimiento equilibrado del concepto de generación de valor. Lo descrito anteriormente es lo que se conoce como *modelo colaborativo de atención de salud basado en valor* (VBHC, por si siglas en inglés *value-based healthcare*).

El objeto de la presente investigación es identificar las percepciones individuales que los responsables de la atención sanitaria tienen sobre el concepto de generación de valor, con el fin de proponer un mecanismo de alineación y medición orientado a la gestión del cuidado del paciente, mediante la aplicación de entrevistas semiestructuradas con un enfoque hermenéutico. Para lograr el objetivo de la investigación se contemplaba realizar entrevistas a mínimo un representante de los sectores involucrados en el proceso de atención al paciente: prestador, médico, proveedor y pagador, y se contemplaba entrevistar a aquellos encargados de las

funciones de compras, negociación, finanzas y área comercial. Para contrastar los hallazgos de las entrevistas se planteó entrevistar a pacientes y a sus cuidadores, y mantener el estudio investigativo dentro del marco de enfoque en el cliente al generar valor. Con esta investigación se espera, en primera medida, recolectar los conocimientos individuales que existen a la fecha sobre el concepto de generación de valor en la atención de la salud, para luego ofrecer un mecanismo de medición alineado a las expectativas de los involucrados, a través de su comprensión y análisis, y de esta manera acelerar el cambio en los modelos de gestión sanitaria, donde los proveedores de dispositivos médicos puedan tomar un rol protagonista y de compromiso con el proceso.

## 1. OBJETIVOS

### 1.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar las percepciones individuales que tienen los responsables de la atención sanitaria sobre el concepto de generación de valor, mediante la aplicación de entrevistas semiestructuradas con un enfoque hermenéutico, esto es, comprensivo, para proponer un mecanismo de alineación y medición enfocado a gestionar el cuidado del paciente.

### 1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Rastrear información bibliográfica relacionada con el tema de investigación, para obtener un marco referencial y de contexto, y entrevistar a los responsables de la prestación del servicio de salud usando el modelo de entrevista semiestructurada con una orientación hermenéutica, para identificar las percepciones individuales del concepto de generación de valor en la atención al paciente.

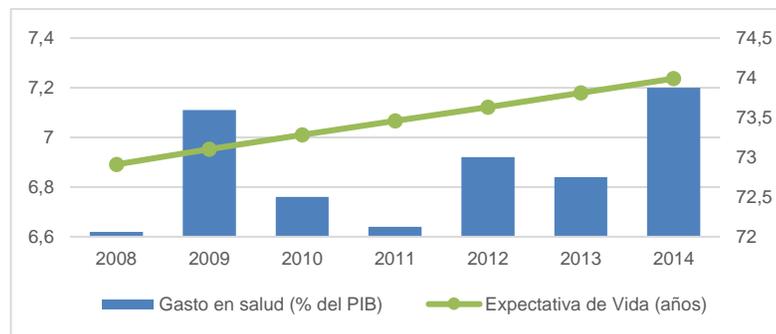
- Contrastar las percepciones individuales obtenidas mediante un análisis comparativo que permita establecer puntos de encuentro y divergencias.
- Construir una propuesta de mecanismo de alineación de conceptos y medición para la generación de valor, acorde con las necesidades de una organización proveedora de dispositivos médicos con presencia en Colombia, alineando las expectativas de los responsables de gestionar la atención sanitaria.

## 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 2.1 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Los sistemas de salud actuales están basados en la productividad por volumen, en atender el mayor número de pacientes, sin considerar el impacto final en el mejoramiento de su calidad de vida. Los sistemas son aislados y tratan especialidades independientes, sin tener una aproximación holística y sin considerar el perfil del paciente, más informado y exigente en la demanda de servicios. El *prestador* se enfoca en cobrar por un evento médico (quirúrgico o de consulta), el *pagador* está interesado en que su población sea atendida en el centro que ofrezca precios más bajos, y el *proveedor* tiene como interés principal el suministro de materiales médicos y de cobrar en el menor período posible, perdiendo de esta manera la perspectiva integral de mejorar las condiciones del ser humano que está siendo atendido y evitar su reingreso al centro de atención. Así mismo, el acceso a la prestación del servicio es desigual y desenfocado, y coincide con un flujo de atención fragmentado, que impacta en el valor monetario final por evento. La consecuencia es evidente. Según el World Economic Forum y The

Boston Consulting Group (2018), los costos de atención están creciendo al doble de la tasa del crecimiento del producto interno bruto, y el sector salud global, de ocho trillones de dólares, está viviendo una coyuntura crítica. La gráfica 1 a continuación ilustra la situación local.



Gráfica 1. Gasto en salud en Colombia y expectativa de vida, porcentaje del PIB

Fuente: Organización Mundial de la Salud (2019).

Para hacer más difíciles las cosas, los pacientes con múltiples enfermedades crónicas consumen un porcentaje significativo de dinero de atención médica, en gran parte gracias a la superposición de este fragmentado sistema. Modelos de reembolso por la prestación del servicio de salud basados en el volumen de pacientes, en lugar del valor generado por estos, ocasionan un desperdicio sustancial en el uso de recursos del sistema, pues la inversión se hace atendiendo la urgencia dejando de lado la importancia, y contribuyen a la falta de inversión en la prevención de la enfermedad. Stowell y Akerman (2015) señalan que, a pesar de los rápidos avances en la ciencia médica, la falta de estándares globales y de alineación en conceptos e intereses por parte de los involucrados sigue siendo un obstáculo para aprovechar al máximo la explosión de información relacionada a la salud.

Tradicionalmente los intereses de los participantes del sistema de servicios de salud (prestadores, pagadores, equipo médico y proveedores) han carecido de cohesión, lo que ha derivado en una falta de enfoque en los resultados. De acuerdo con Porter

(2010), a pesar de la ardua labor y de las buenas intenciones de los profesionales clínicos, los sistemas de salud en todo el mundo están pasando por grandes dificultades.

Ante los desafíos presentados, los sistemas de salud están tomando medidas disruptivas para consolidarse en un marco unificado: la prestación de servicios VBHC, donde se hace necesario entender cuáles son las percepciones que tienen los responsables de la prestación de servicios de salud (proveedores, prestadores, equipo médico y pagadores) sobre el concepto de generación de valor y sobre los mecanismos de medición de esta, la percepción de valor por parte de los interesados.

Para identificar la evidencia existente sobre cómo se ha abordado el tema se realizó una revisión en bases de datos bibliográficas, que permitió identificar documentos, estudios y modelos de análisis sobre la atención en salud basada en el valor. El primer estudio que vale la pena resaltar corresponde al llevado a cabo por Porter y Teisberg (2006), que ha permitido definir el concepto de valor en el sistema de salud y plantear modelos realmente diferenciadores para la prestación del servicio.

Según Porter y Teisberg, los seis elementos identificados para mejorar considerablemente el valor al proveer servicios de salud son:

- 1) Reorganizar los servicios en Unidades de Prácticas Integradas (UPI) en torno a los padecimientos del paciente.
- 2) Medir resultados y costos para cada paciente.
- 3) Cambiarse al uso de paquetes de pago para los ciclos de servicios de salud.
- 4) Integrar los sistemas de suministro de servicios de salud.
- 5) Expandir el alcance geográfico.
- 6) Crear y habilitar plataformas de tecnología informática.

Los numerales 1 y 4 apuntan a una integración entre los involucrados, para garantizar calidad en la atención y un servicio de valor para el paciente, lo cual como primera medida implica alinear conceptos. Se encuentran estudios recientes como el que Medtronic le solicitó a *The Economist Intelligence Unit* (2017), enfocados a evaluar los niveles de alineación de los principios fundamentales de la atención de la salud basada en el valor. Dicha investigación, desarrollada en 25 países, inicia con una revisión bibliográfica, y luego compara los resultados de las entrevistas a expertos en el sistema de salud y las evalúa desde el marco de cuatro componentes:

- 1) Establecer el contexto, la política y las instituciones para una atención médica de valor.
- 2) Medir los resultados y los costos.
- 3) Definir el significado de brindar atención médica integrada y centrada en pacientes.
- 4) Garantizar el enfoque de pago basado en los resultados.

Los resultados de la evaluación permiten concluir que Europa es la región líder en la adopción de los componentes de VBHC. De hecho, Suecia es el único país que muestra una alineación muy alta con VBHC, seguido del Reino Unido, con una alineación alta. Cabe resaltar que, según información del Ministerio de Salud y Protección Social (2016a), Colombia aparece como país precursor, pues ha venido implementando un programa ambicioso para garantizar un acceso a la atención médica acorde a la nueva política de cobertura y a la priorización de 16 de las enfermedades más costosas del país.

La revisión bibliográfica permitió, a su vez, encontrar disponibles reportes de contexto, como el del Foro Económico Mundial de 2018 (*World Economic Forum & The Boston Consulting Group*, 2018), el cual ofrece un análisis sobre el progreso realizado por los involucrados en el sector salud para acelerar la transformación del sistema y la prestación de servicios. En dicho documento se propone una definición

simplificada sobre el concepto de valor y se destacan cinco factores impulsores necesarios para garantizar la transición al nuevo modelo:

- 1) Una infraestructura informática integrada que permita capturar, compartir y analizar rutinariamente los resultados de salud y otros datos relevantes para cada segmento de población.
- 2) Nuevas herramientas analíticas para investigar y hacer evaluaciones comparativas, incluidas sofisticadas herramientas de apoyo a la toma de decisiones para médicos y pacientes.
- 3) Nuevas formas de pago basado en el valor, que crean incentivos para la mejora continua en el valor del paciente.
- 4) Nuevos roles y modelos organizacionales, que les permiten a las redes de proveedores brindar un mejor acceso a atención adecuada, involucrar a los médicos en la mejora continua y adaptarse a las nuevas oportunidades e innovaciones.
- 5) El último aspecto planteado enfatiza en la necesidad de mantener la alineación con todos los responsables de la prestación del servicio de salud, manteniendo como foco central el paciente.

Se han encontrado también propuestas por parte de autores como Rothenhaus y Fox (2015) destinadas a un cambio rápido en la forma de obtener valor en la atención y, por ende, un pago diferente por el servicio.

A partir de la experiencia de las organizaciones responsables de la salud (ACOs, por sus siglas en inglés *Accountable Care Organizations*) en Estados Unidos, se propone:

- *Comenzar de manera simple modelos de gestión de salud y construir sobre la marcha:* creando flujos de atención simplificados, demostrando éxito con indicadores operacionales y expandiendo resultados en toda la red. En el proceso de abordar una sola medida de calidad, lograron construir nuevas

competencias y reunir proveedores de una manera que ayudó a impulsar los esfuerzos posteriores a largo plazo.

- *No centrarse en lo “pequeño”*: a menudo son las pequeñas decisiones las que van estructurando los costos de atención médica y calidad, por el impacto que tienen en la generación de valor a largo plazo. Decisiones como derivar la atención de un paciente a un especialista fuera de la red pueden traer beneficios de ahorro en el pago por el tratamiento quirúrgico o médico, pero a futuro el impacto negativo podría estar asociado a la limitación en la disponibilidad de información en la historia clínica y, por ende, es probable que haya que repetir la consulta, lo que genera costos extra en la atención global.
- *Medir (creativamente) y recompensar el comportamiento correcto*: cambiar el comportamiento de grupos grandes nunca es fácil, pero es particularmente difícil en las nuevas organizaciones, pues todavía tienen que alinearse en torno a un sentido compartido de propósito y misión; sin embargo, el cambio para el pago basado en el valor requiere cambios de comportamiento. Por ejemplo, un médico acostumbrado a atender 30 visitas de pacientes por día debería sentirse cómodo si debe pasar una hora con un paciente diabético, para prevenir una readmisión.

Según Páez, Jaramillo, Franco y Arregoces (2017), localmente hay reportes presentados por entidades del Estado que hacen un análisis prospectivo sobre la forma idónea de gestionar la salud de los colombianos, partiendo de experiencias internacionales y de requerimientos locales por legislación. Dicho estudio permitió concluir que los gestores privados no se ven afectados directamente por los poderes locales, pero sí su ánimo de lucro o su sostenibilidad económica, pues genera incentivos perversos en pro del sistema financiero y en contra de la operación. Por ello se propone, por un lado, que, si los gestores han de ser públicos, tengan un gobierno corporativo que sea independiente de los gobiernos locales. Por otro lado, en caso de que sean privados, se recomienda diseñar mecanismos de pago que

eviten los incentivos perversos, lo que implica una alineación de intereses manteniendo un foco central (el paciente). En ninguno de estos casos hay razón para preferir un tipo de gestor sobre el otro, y la recomendación puntual es dejar abierta la posibilidad de ambos tipos de gestores, teniendo en cuenta que los públicos pueden ser de vital importancia en aquellas zonas donde los privados no estén interesados (zonas alejadas de las áreas urbanas).

También hay disponibles artículos dedicados a la revisión de literatura, para generar un marco referencial y sugerir los siguientes pasos en el modelo de salud colombiano. Prueba de ello es el artículo publicado en la *Revista Médica Sanitas* (Caicedo y otros, 2017), donde los autores diseñaron un método para hacer una revisión bibliográfica en bases de datos, con el objetivo de sintetizar los componentes necesarios para garantizar la generación de valor al paciente, respaldado además de experiencias nacionales e internacionales. El artículo de Caicedo y otros (2017) permite concluir que para iniciar la implementación del cambio de modelo de prestación de servicios es necesario: “Contar con una definición uniforme de valor, para evitar medir las cosas incorrectas de una forma incorrecta” (p. 171), lo que le da aún más relevancia a la investigación que se pretende desarrollar.

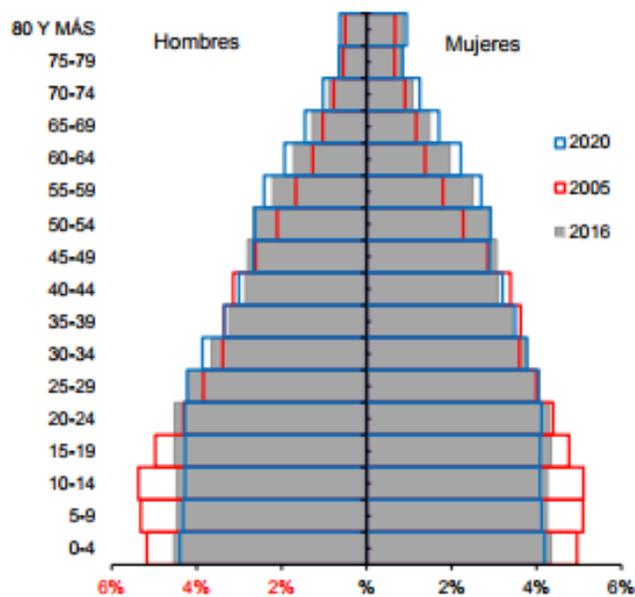
## 2.2 JUSTIFICACIÓN

Antes de 1993 el sistema de salud colombiano estaba diseñado para brindarle aseguramiento a la mayoría de la población trabajadora y para permitir que entidades con régimen especial, por ejemplo, el magisterio o las fuerzas militares, les ofrecieran atención a sus propios servidores. Las demás personas eran atendidas en hospitales públicos o por médicos en consultorios particulares. A partir de la Ley 100 de 1993, el sistema de atención en salud cambió, y desde ese momento empezó a basarse en un sistema asegurador privado que eventualmente le daría cobertura a la totalidad de la población colombiana, que obtendría sus

recursos de la población trabajadora que aportaría para ellos mismos y para sus familias, a través de un plan solidario con las personas vinculadas al régimen subsidiado.

Después de más de 20 años se aprecian grandes fallas del sistema actual, tales como la inadecuada utilización de los recursos económicos; fallas en los sistemas de información, que capturan los datos de prestación de servicios a pacientes; abusos en la intermediación, pues cada involucrado en la prestación busca el beneficio individual en lugar el colectivo; inequidad en el acceso a los servicios, colapso de los hospitales públicos y altos costos de medicamentos, y el enriquecimiento de los intermediarios (proveedores, equipo médico o pagadores).

Además del compromiso de garantizar cobertura en la atención sanitaria, el sistema de salud enfrenta otros dos retos principales: la longevidad de la población (ver gráfica 2) y la prevalencia por enfermedades de alta complejidad. En el 2005 la expectativa de vida era de 67,57 años, mientras que en el 2015 ascendió a 74,18 años (un aumento del 9,78% en 30 años). Entre 2005 y 2014 la principal causa de muerte en la población general fueron las enfermedades del sistema circulatorio, y aunque siguieron una tendencia decreciente en el tiempo al pasar de 166,43 a 146,96 muertes por cada 100.000 habitantes, lo que significa una reducción de 9,90%, causaron el 30,08% (595.289) de las defunciones (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016b), según se aprecia a continuación en la gráfica 2.



Gráfica 2. Pirámide Poblacional en Colombia

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE, 2019)

Los factores mencionados previamente justifican la necesidad de transformar el modelo de atención de salud actual y justifican la necesidad de investigar las percepciones individuales que se tienen del concepto de generación de valor, para migrar a una transformación más ágil. El efecto final se verá reflejado en la reducción de los costos per cápita, en la mejora de la experiencia del paciente y, por ende, en la mejora de sus condiciones de vida.

En los últimos años, diversas organizaciones han desarrollado estudios investigativos para entender cómo debe migrar la atención en salud con los recursos limitados. La búsqueda de mejores cuidados médicos se encuentra entre las necesidades primarias de cualquier sistema sanitario. Los objetivos de mejorar los resultados clínicos, ampliar el acceso a los tratamientos y optimizar costos y eficiencia son fundamentales para todos. El concepto de creación de valor en salud

(VBHC) forma parte de la estrategia de compañías tales como Medtronic<sup>1</sup> (desde 2012), alineados al cambio de tendencia de lo que esperaban sus clientes: no solo valor clínico con las innovaciones terapéuticas, sino también valor económico. De este modo, los productos y(o) servicios ofrecidos buscan proporcionar también un beneficio económico, que puede consistir en mayor eficiencia, reducción del gasto para los sistemas sanitarios o la ampliación del acceso a las terapias, para que más pacientes se puedan beneficiar de ellas.

En 2016, esta compañía lideró un programa de investigación en conjunto con *The Economist Intelligence Unit – EIU* (2016), el cual apuntó a determinar los componentes básicos del ambiente que brinda las condiciones para que se establezcan a nivel mundial servicios de salud basados en el valor, con un contexto referencial unificado. El marco utilizado para la evaluación del alineamiento fue creado con la ayuda de un panel de siete expertos independientes de diferentes áreas geográficas del mundo. El programa incluyó el estudio fundacional de 25 países, en los que la alineación con la atención de salud basada en el valor se exploró a través de una matriz con puntuación de indicadores, un informe que abarcó los resultados y la metodología, un resumen ejecutivo y los perfiles de los 25 países (Medtronic, s. f.). El estudio también estuvo acompañado de documentos de políticas y casos de estudio enfocados en temas clave que los legisladores enfrentan al implementar VBHC: sistemas tecnológicos, recursos humanos y pagos. En América Latina, Colombia obtuvo una puntuación más alta en la adopción de modelos de atención de salud integrados y enfocados en el paciente. Otros tres países latinoamericanos incluidos en el estudio: Brasil, Chile y México, están

---

<sup>1</sup> Medtronic PLC es una compañía de dispositivos médicos. Su sede principal está situada en Dublín (Irlanda), y su sede operativa queda en Minneapolis (Minnesota). Medtronic se encuentra entre las empresas de desarrollo de equipos médicos más grandes del mundo. En 2015, en el momento de la adquisición de Covidien, su capitalización bursátil era de aproximadamente \$100 mil millones de USD. Medtronic opera en más de 140 países, emplea a más de 85.000 personas y tiene más de 53.000 patentes (Medtronic, 2018).

trabajando para consolidar políticas e instituciones que generen valor en los servicios de salud.

Medtronic también patrocina el sitio web de Harvard Business Review, Insight Center (Medtronic, s. f.), el cual presenta a Robert Kaplan<sup>2</sup>. Este es el nexo de la investigación que Kaplan y Norton (1992) llevan a cabo sobre atención sanitaria basada en valor para su programa Harvard Executive Education, donde muestran en qué punto las inversiones pueden rendir más que un recorte de costos en la atención. En el 2015 esta organización trabajó juntamente con The King's Fund, una organización sin ánimo de lucro del Reino Unido dedicada a mejorar la salud y la atención de la salud en Inglaterra, que patrocinó una mesa redonda privada con prestigiosos expertos en políticas y funcionarios del Servicio Nacional de Salud durante la cumbre anual Integrated Care. El propósito de esta mesa redonda fue debatir oportunidades y desafíos en la creación y sostenimiento de alianzas de atención integrada.

El actual modelo de atención de salud funciona sobre la base de un sistema de reembolsos que los prestadores de salud (médicos, hospitales, laboratorios) y los proveedores de equipos y dispositivos médicos reciben de los seguros de salud y(o) del Estado, por cada visita, examen médico, medicamento y terapia que recibe el paciente, y no por el resultado final de esa prestación de salud: que mejore el paciente, que no vuelva a enfermar. Lo anterior genera el incentivo perverso de que mientras más exámenes, procedimientos, medicamentos y tratamientos reciba el paciente, más dinero ganan los médicos, los laboratorios, los hospitales y otros prestadores de salud. Este problema se suma a presupuestos más reducidos y a la fragmentación de las redes de salud. Una manera de cambiar el estado de las cosas actuales y de darles a los pacientes el cuidado que quieren y necesitan es pasar a

---

<sup>2</sup> Miembro senior de la cátedra Marvin Bower Professor of Leadership Development (emérito), Harvard Business School.

un sistema de reembolso basado en el valor y no en el volumen de prestaciones. Un componente crítico para entender y poder aplicar el nuevo modelo de valor es la medición. Hay que medir los resultados de cada tratamiento e integrarlos en una base de datos nacional, y llevar una cuenta clara de los costos de cada tratamiento. Esto requiere un cambio profundo en la manera en que se documentan los tratamientos y sus costos.

### 3. MARCO CONCEPTUAL

El contexto teórico de esta investigación inicia en entender el concepto básico de valor. Según el *Diccionario de la lengua española* (Real Academia Española, 2017), la palabra ‘valor’ tiene trece significados. El primero la define como: “El grado de utilidad o aptitud de las cosas para satisfacer las necesidades o proporcionar bienestar o deleite”, y el segundo, como: “Cualidad de las cosas, en virtud de la cual se la da por poseerlas cierta suma de dinero o equivalente”. Aquí aparecen entonces conceptos clave, tales como satisfacción y bienestar. A su vez, se puede concluir que valor es aquello por lo cual alguien está dispuesto a pagar, o a dar dinero o su semejante.

Trasladando el concepto de valor al sector salud, tal como lo aduce Porter (2010), el valor debe definir el marco para la mejora del rendimiento en la atención de la salud; sin embargo, el valor en el cuidado de la salud sigue siendo en parte malentendido. En cualquier campo, el valor debe definirse alrededor del cliente, no del proveedor. En el cuidado de la salud, el valor se define como los resultados en el paciente logrados en relación con los costos de cuidado. El objetivo central es el valor para el paciente, no el valor para otros actores o involucrados, según se aprecia en la ecuación 1.

$$Valor = \frac{\text{Resultados de salud del paciente}}{\text{Costo de ofrecer los resultados (costos de cuidado)}} \quad (1)$$

El informe de *The Economist Intelligence Unit* (2017) presenta un cuadro comparativo entre la atención en salud basada en volumen y en valor (tabla 1).

Tabla 1. Comparativo entre atención en salud basada en el volumen y atención en salud basada en el valor

Componente	Basada en volumen	Basada en valor
Reembolsos	Por volumen de la actividad realizada.	Por resultados.
Procesos regulatorios	Enfocados en buenas prácticas de manufactura, seguridad y efectividad clínica.	Enfocados en el análisis costo-efectividad.
Costeo	Por volumen.	Pago por paquetes integrales de atención.
Información y registros	Medición incompleta de resultados de salud.	Medición de resultados con transparencia incluyendo la perspectiva del paciente.
Planeación del sistema de salud	Falta de planeación de necesidades.	Planeación en salud y financiera.

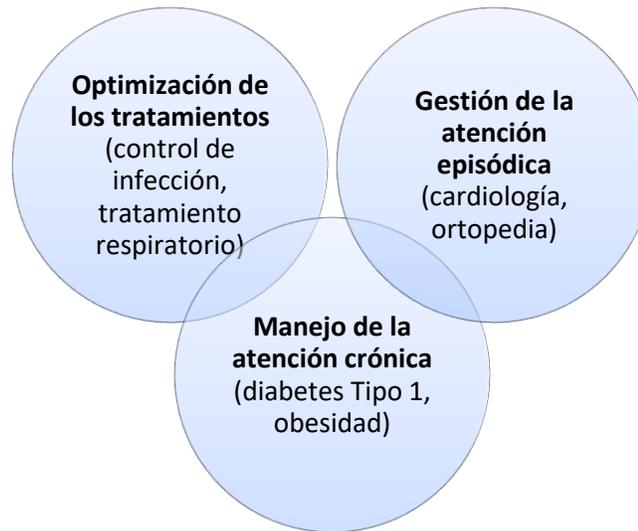
*Fuente:* traducida y adaptada a partir de la información disponible en el estudio de *The Economist Intelligence Unit* (2017).

Stowell y Akerman (2015) generan un marco conceptual enfocado a los actores que participan en la prestación del servicio, donde el foco está en el paciente (figura 1).



Figura 1. Marco conceptual del Sistema de Salud basado el Valor  
*Fuente:* elaboración propia.

Estas iniciativas colaborativas permiten obtener resultados en menor tiempo del esperado. Por otro lado, Medtronic se enfoca en tres principales programas para lograr una atención de la salud basada en el valor (figura 2).



*Figura 2.* Enfoque de Medtronic para VBHC

*Fuente:* Medtronic (s. f.).

Conceptualmente, Medtronic considera que la atención de la salud basada en el valor es posible cuando se ofrecen calidad y confiabilidad a través del proceso de prestación de servicios. Significa que se comparte la responsabilidad de los costos de la atención y los resultados en el paciente.

### 3.1 CONCEPTO DE PERCEPCIÓN

La percepción depende, por un lado, de los estímulos físicos y las sensaciones involucrados; y, por otro lado, de la selección y organización de tales estímulos y sensaciones. De acuerdo con Vargas (1994), las experiencias sensoriales se interpretan y adquieren significado moldeadas por pautas culturales e ideológicas específicas aprendidas desde la infancia. La selección y la organización de las sensaciones están orientadas a satisfacer las necesidades tanto individuales como colectivas de los seres humanos, mediante la búsqueda de estímulos útiles y de la

exclusión de estímulos indeseables en función de la supervivencia y la convivencia social. Esto a través de la capacidad para producir pensamiento simbólico, que se configura a partir de estructuras culturales, ideológicas, sociales e históricas que orientan la manera como los grupos sociales se apropian del entorno.

La percepción depende de la manera como se ordenan, clasifican y elaboran los sistemas de categorías con los que se comparan los estímulos que el sujeto recibe, pues conforman los referentes perceptuales a través de los cuales se identifican las nuevas experiencias sensoriales y las transforman en eventos reconocibles y comprensibles dentro de la concepción colectiva de la realidad. En el proceso de la percepción están involucrados mecanismos vivenciales que implican tanto al ámbito consciente como al inconsciente de la psique humana. En contra de la postura que circunscribe a la percepción dentro de la conciencia, se han formulado planteamientos psicológicos que consideran a la percepción como un proceso construido involuntariamente, en el que interviene la selección de preferencias, prioridades, diferencias cualitativas y cuantitativas del individuo acerca de lo que percibe (este proceso se denomina preparación); al mismo tiempo, rechazan que la conciencia y la introspección sean elementos característicos de la percepción.

La percepción posee un nivel de existencia consciente, pero también posee otro inconsciente. El nivel de percepción es consciente cuando el individuo se da cuenta de que percibe ciertos acontecimientos, cuando repara en el reconocimiento de tales eventos. A su vez, en el plano inconsciente se llevan a cabo los procesos de selección (inclusión y exclusión) y organización de las sensaciones. Sobre la base biológica de la capacidad sensorial, la selección y elaboración de la información del ambiente se inicia en la discriminación de los estímulos que se reciben. Según Vargas (1994), en tal discriminación subyace la mediación de mecanismos inconscientes. Esta mediación impulsa a evaluar lo que en determinado momento interesa entre todas las posibles manifestaciones sensibles del ambiente, y de lo

potencialmente percibido se lleva a cabo una selección de lo que es importante dentro de las circunstancias biológicas, históricas y culturales.

### 3.2 CUADRO DE MANDO

El concepto de cuadro de mando integral (CMI, o BSC por sus siglas en inglés *balanced scorecard*) lo presentaron Kaplan y Norton en 1992 en la revista *Harvard Business Review*, haciendo referencia a un trabajo efectuado para una empresa de semiconductores (Kaplan & Norton, 1992). Este cuadro es considerado una herramienta de control que dispone de una serie de indicadores a través de los cuales se puede saber si la empresa está cumpliendo o no las metas previstas en la estrategia de innovación. Para el alcance del presente proyecto de investigación, el cuadro de mando integral puede plantearse como un instrumento de administración que va más allá de la perspectiva financiera o de costos, con la que los involucrados en la prestación del servicio de salud acostumbran a evaluar la marcha de su gestión hacia el paciente.

“Lo que mides es lo que obtienes” (Kaplan & Norton, 1992). Así comienza la publicación que dio origen al concepto de CMI, la cual plantea una mejora en el desempeño de las distintas actividades para la prestación de un servicio o entrega de un producto basándose en resultados medibles, ya que, en el ámbito de la calidad, como afirma Drucker en su famosa frase: “Todo lo que se puede medir se puede mejorar”.

El BSC consiste en la representación gráfica de la estrategia formada por las cuatro perspectivas (financiera, cliente, procesos y aprendizaje), las líneas estratégicas y las relaciones causa-efecto establecidas entre los objetivos, lo que resulta fundamental para valorar la importancia relativa de cada objetivo estratégico.

El proceso se inicia con la definición de los indicadores y con la fijación de las metas que concretan el nivel de resultados esperados, según lo establecido por el Gobierno de España (2009):

- El indicador sirve para medir el grado de cumplimiento de los objetivos de la empresa. Para cada uno de ellos es necesario definir la perspectiva en la que se enmarca, el objetivo que mide, la frecuencia con la que será revisado y la persona responsable de ello.
  
- Para seleccionarlos se deben tener en cuenta preguntas como las siguientes:
  - ¿El objetivo se puede medir a través del indicador deseado?
  - ¿Es posible modificar el comportamiento de los trabajadores en esta dirección?
  - ¿Es viable obtener la información necesaria?
  - ¿Se encuentra el indicador dentro del ámbito de actuación del responsable escogido?
  - ¿Se puede influir sobre él a corto plazo?
  
- Las metas son los objetivos numéricos que se fijan para cada indicador y para período temporal establecido. Habitualmente se fijan con un horizonte temporal entre tres y cinco años, según el período de implementación del plan. A través de dichas metas se deben obtener valores que se puedan comparar con otros del pasado; sin embargo, si no existiera esta posibilidad, se pueden proyectar estimaciones para cuando haya datos.



*Figura 3. Estructura del cuadro de mando integral*

*Fuente:* Plan estratégico e implantación del cuadro integral de mando (Gobierno de España, 2009).

### 3.3 GENERACIÓN DE VALOR Y EVA

Cada vez se utiliza más el concepto de valor agregado y de todo lo que gira en torno a este; es decir, valor agregado para los clientes, cadena de valor agregado y decisiones que agregan valor, entre otros términos. El concepto de agregación de valor no es nuevo. Según Betancourt (2016), desde el siglo XIX, los economistas clásicos lo mencionaban para decir que el capital tenía que rendir y generar ingresos superiores a su costo de oportunidad. De acuerdo con León (2003), este concepto es el objetivo básico financiero de la empresa (el aumento de la riqueza y del patrimonio de los accionistas).

El valor económico agregado (EVA, por sus siglas en inglés *economic value added*) es el método más utilizado desde que la firma Stern y Stewart & Co. lo registraran y patentaran. Betancourt (2016) lo define como: índice financiero que mide la

agregación de valor como el valor residual (positivo o negativo) que resulta de la resta de la utilidad operativa después de impuestos, menos el costo del uso de los activos operativos medidos por el costo del capital. En otras palabras, es la diferencia entre la utilidad operativa que genera la empresa menos la que debería generar. Este indicador es un buen método para medir con base en los resultados el desempeño y la gestión de los directivos.

En las empresas es importante medir la generación de valor y de crecimiento para obtener las ganancias futuras que se esperan, por ejemplo, de una operación de un nuevo modelo de negocio. Cabe resaltar que la generación de valor de la empresa debe ser sostenible y debe estar en capacidad de generar una ventaja competitiva frente a otras empresas de su mismo sector. Esto hace que las empresas centren sus actividades de forma eficiente y económica. Estas definiciones son relevantes en la medida en que proporcionar una herramienta para alinear las percepciones individuales del concepto de generación de valor.

## 4. MATERIALES Y MÉTODOS

La investigación realizada es de carácter descriptivo, y es fundamentalmente cualitativa. Esto a través de entrevistas semiestructuradas como método de recolección de información. La evaluación de los resultados obtenidos inicia con un análisis del contexto, por medio de la revisión de literatura científica con fuentes bibliográficas y de la recolección de información empírica obtenida de la aplicación del instrumento a los actores participantes. Finalmente, la acción de validación está enfocada en aquellas conclusiones y recomendaciones que permitan presentar una propuesta de alineación de las percepciones acerca del concepto de generación de valor al paciente.

### 4.1 METODOLOGÍA

La presente investigación tiene carácter hermenéutico. Según Arráez, Calles y Moreno de Tovar (2006), la hermenéutica nace como un arte interpretativo de los textos sagrados: “Del griego *hermeneutiqué* que corresponde en latín a *interpretâri*, o sea el arte de interpretar los textos, especialmente los sagrados, para fijar su verdadero sentido” (p. 173). Así, la hermenéutica es una disciplina que busca la comprensión de un texto o de un discurso o relato.

Si bien la hermenéutica nace como una actividad referida exclusivamente a los textos escritos, actualmente es posible utilizar dicho método para analizar discursos verbales y entrevistas, entre otros; es una actividad que implica una responsabilidad ética que aspira a evitar, o al menos a poner en suspenso, los propios prejuicios o preconcepciones que se tengan del tema investigado. La hermenéutica es propicia para investigaciones cualitativas en las que los datos son los fragmentos (*verbatim*) más significativos de los entrevistados, los cuales servirán de evidencia y de complemento al análisis que la investigadora hará en el proceso del presente trabajo.

Para Arráez y otros (2006):

Las novedosas formas de interpretación son fundamentales para propiciar espacios de diálogo. El discurso que se asume y ejerce como totalitario puede homogeneizar ciertos ámbitos particulares de la realidad, limitando la riqueza vital de la interpretación y agravando la compleja situación que hoy vive la sociedad. Una acción responsable del ejercicio interpretativo se vincula con el trabajo ético del compromiso solidario por la vida plena de toda la humanidad, en consecuencia, se tiene que aspirar a relaciones dialógicas de comunicación en términos de construcción de nuevos espacios del pensamiento cuya condición sea el ejercicio de la racionalidad. (p. 178).

En este sentido, se busca, mediante la escucha y el análisis del discurso de sujetos entrevistados, acercarse a la comprensión de los acontecimientos más relevantes para el desarrollo de la presente investigación.

La recolección de la información se hizo mediante una entrevista semiestructurada. En la presente investigación dicha entrevista se tomó como un instrumento adecuado y útil, pues se recibieron diálogos de manera precisa (Sierra, 1998). De acuerdo con lo anterior, estas entrevistas en profundidad se construyeron de forma semiestructurada y presencial, de modo que permitieron obtener información por medio de preguntas (determinadas), pero además posibilitaron que la entrevistadora hiciera preguntas que consideraba pertinentes y que, a su vez, los entrevistados hicieran sus propias preguntas.

Para construir la entrevista, se tuvieron presentes las categorías anteriores de rastreo de información, y para su ejecución, una guía de entrevista; además, las entrevistas fueron grabadas en audio para hacer un análisis posterior con previo consentimiento de los entrevistados. El desarrollo de la presente investigación se llevó a cabo en tres fases que se describen a continuación.

La *primera fase* consistió en la construcción de un marco conceptual que enfatizara en la comprensión de las categorías: generación de valor, medición de valor y percepción individual del concepto, acorde con los involucrados en la prestación del servicio. Para esta fase los entregables fueron el anteproyecto y el respectivo análisis bibliográfico.

La *segunda fase* consistió en la utilización de un instrumento para obtener la información, por medio de la elaboración de una entrevista semiestructurada, con preguntas abiertas referentes a cada una de las variables, que permitió identificar la percepción del sujeto frente al tema investigado, basada en una metodología de investigación cualitativa, de tipo descriptiva, con un método hermenéutico. Los entregables en esta fase fueron el guion de las entrevistas semiestructuradas

validadas y el informe de las entrevistas realizadas acordes al planteamiento de los entrevistados.

La *tercera fase* radicó en el análisis de las entrevistas, particularizando las semejanzas y las diferencias encontradas en cada una de las entrevistas con respecto a los efectos observados. Para esta etapa los entregables fueron: el informe final con la propuesta de alineación de percepciones individuales sobre el concepto de generación de valor, y una alternativa para su medición, que consolidara los criterios particulares detectados a través de un plan sugerido paso a paso.

La figura 4 ilustra a continuación la relación entre las fases propuestas y los objetivos que se busca cumplir con el presente proyecto.

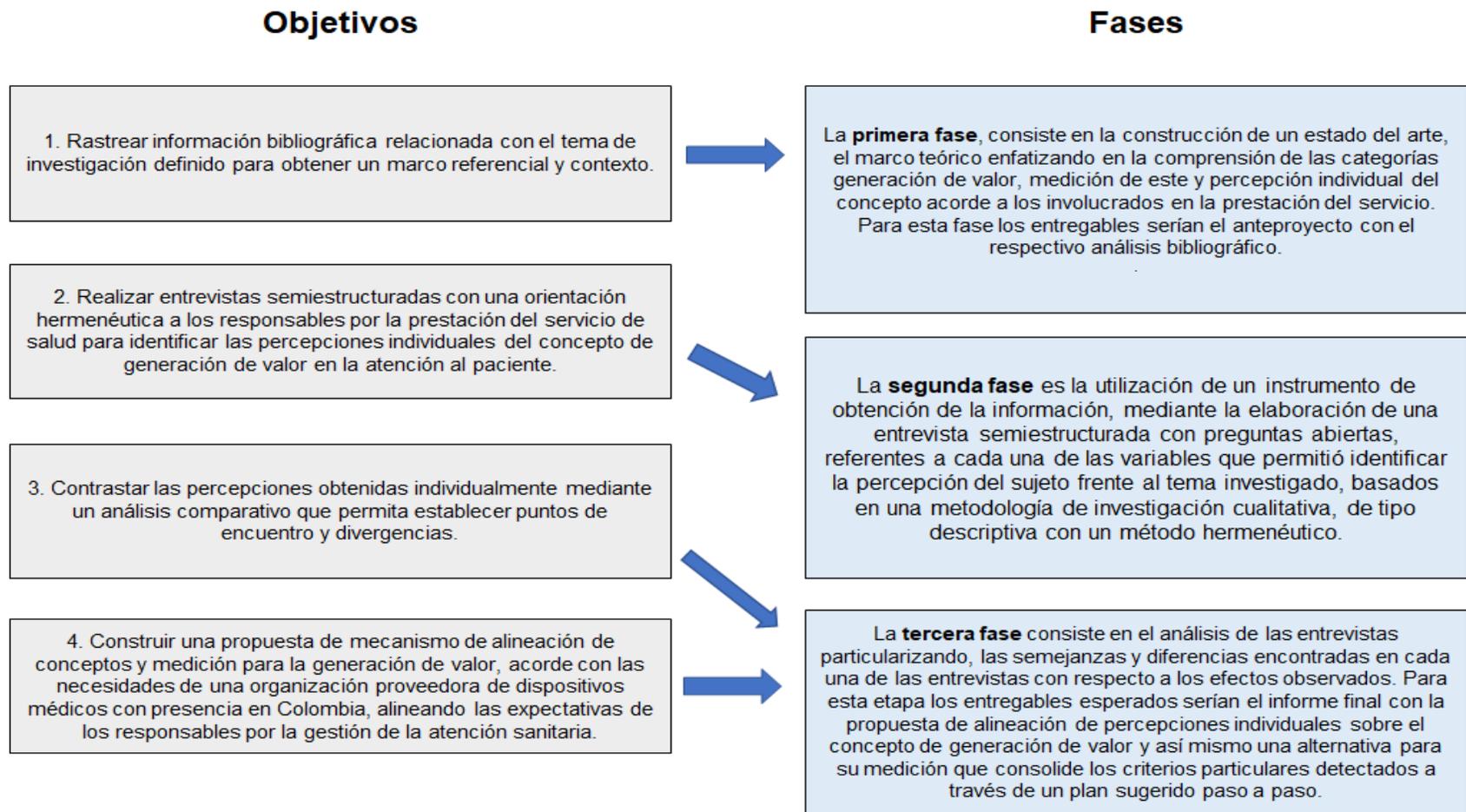


Figura 4. Representación gráfica de las fases y objetivos del trabajo de investigación

Fuente: elaboración propia.

#### 4.1.1 ENTREVISTAS SEMIESTRUCTURADAS

Las entrevistas semiestructuradas son un medio idóneo para obtener información relevante para la investigación. Distan de ser homologables a una conversación cotidiana, pues el entrevistado tiene una intención que se enmarca en el objeto de su investigación. Las entrevistas desde una perspectiva de segundo orden tienen varios propósitos, entre los cuales encontramos los siguientes: a) permiten la reflexividad de los entrevistados en torno al tema investigado, b) buscan recrear situaciones significativas de los entrevistados, y susceptibles de ser reconstruidas como relatos comprensivos de una realidad, c) se busca la dialéctica de los discursos; esto es, la intermodificación de los puntos de vista del entrevistado y el entrevistador, d) lo registrado en las entrevistas sirve como material para construir una triangulación entre la teoría, lo dicho por los entrevistados y la interpretación del investigador.

En conclusión, presentan un grado mayor de flexibilidad que las estructuradas, debido a que parten de preguntas planeadas, que pueden ajustarse a los entrevistados. De acuerdo con Díaz, Torruco, Martínez y Varela (2013), su ventaja es la posibilidad de adaptarse a los sujetos, con enormes posibilidades para motivar al interlocutor, aclarar términos, identificar ambigüedades y reducir formalismos.

En este sentido, las entrevistas buscaron acercarse a la comprensión de la realidad de los entrevistados, para ser analizada y sistematizada en el presente documento. Se tuvo cuidado con la confidencialidad de las personas, por lo cual no se presentan nombres personales ni aspectos muy detallados de los entrevistados, buscando con ello una actitud de respeto por el decir y por la vida de estos.

#### 4.1.2 DISEÑO DE LA HERRAMIENTA PARA OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN (ENTREVISTAS SEMIESTRUCTURADAS)

Para diseñar e implementar la herramienta se toman las siguientes recomendaciones de Martínez (1998):

- Contar con una guía de entrevista, con preguntas agrupadas por temas o categorías, con base en los objetivos del estudio y la literatura del tema.
  - Elegir un lugar agradable que favorezca un diálogo profundo con el entrevistado, y sin ruidos que entorpezcan la entrevista y la grabación.
  - Explicarle al entrevistado los propósitos de la entrevista y solicitarle autorización para grabarla o videograbarla.
  - Tomar los datos personales que se consideren apropiados para los fines de la investigación.
  - La actitud general del entrevistador debe ser receptiva y sensible, y no mostrar desaprobación en los testimonios.
  - Seguir la guía de preguntas de manera que el entrevistado hable de forma libre y espontánea. Si es necesario se modifican el orden y el contenido de las preguntas de acuerdo con el proceso de la entrevista.
  - No interrumpir el curso del pensamiento del entrevistado y darle libertad para tratar otros temas que el entrevistador perciba como relacionados con las preguntas.
  - Con prudencia, y sin presión, invitar al entrevistado a explicar, profundizar o aclarar aspectos relevantes para el propósito del estudio.
- (pp. 65-68).

A continuación, se mencionan algunas sugerencias para la formulación de preguntas (Báez y Pérez de Tudela, 2009):

- Ser sencillas (breves y comprensibles), pero adecuadas para el objetivo de la pregunta de investigación.

- Ser válidas, es decir, que los indicadores informen sobre lo que se requiere explorar.
- Plantearlas de tal forma que los entrevistados las entiendan de la misma manera.
- Aun cuando las preguntas se encuentren en un cuestionario escrito, deben estar formuladas en forma de lenguaje oral y no escrito.
- Referirse a un solo hecho.
- No contener suposiciones.
- Adecuarse a la percepción, el conocimiento y el horizonte de previsión del entrevistado.
- Evitar enunciarlas de forma sugerente.

Tomando en consideración lo anterior, y partiendo de la sugerencia de agrupar las preguntas por temas o categorías (figura 5), la estructura de la entrevista semiestructurada toma como marco referencial el cuadro de mando integral (CMI), o *balanced scorecard (BSC)*. La lista de preguntas se encuentra en el anexo 1.

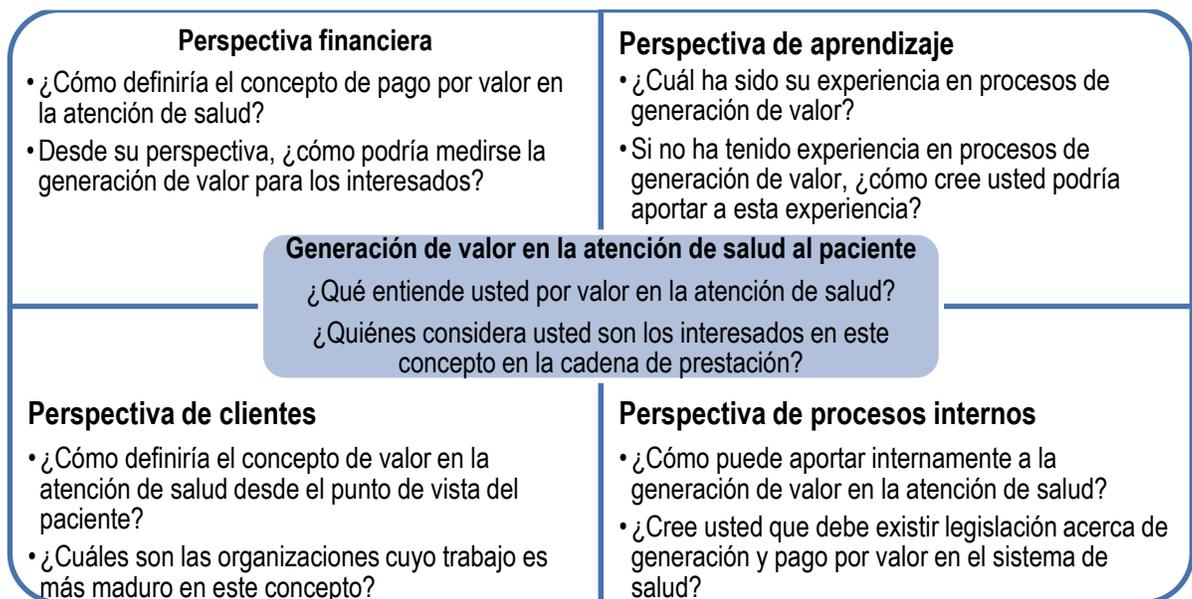


Figura 5. Alineación del CMI con la estructura de entrevista semiestructurada.

Fuente: elaboración propia.

#### 4.1.3 DEFINICIÓN DE LA POBLACIÓN OBJETIVO PARA APLICAR LA ENTREVISTA

- Elemento muestral: gerentes de operaciones, gerentes de compras, gerentes de acceso al mercado, gerentes financieros y gerentes comerciales de compañías dedicadas a la prestación de servicios de salud en Bogotá y en Medellín.
- Unidad muestral: el plan de entrevistas contempla los siguientes actores involucrados en la prestación del servicio de salud al paciente: prestadores, pagadores, proveedores de dispositivos médicos y medicamentos y equipo médico, seleccionados por medio de un método no probabilístico por conveniencia, en el que se toma como base su participación frecuente en eventos reconocidos sobre el sector salud.
- Cubrimiento: Bogotá y Medellín.
- Tiempo de aplicación del cuestionario: febrero a marzo de 2019.

A continuación, en la tabla 2 se describe de forma detallada la muestra seleccionada para aplicar las entrevistas semiestructuradas.

Tabla 2. Descripción de la muestra para aplicar las entrevistas semiestructuradas

Muestra	Número de entrevistas	Tipo de institución	Ciudad donde está ubicado	Cargos de los entrevistados	Años de experiencia
<i>Pagadores:</i> compañía multinacional aseguradora	2	Régimen contributivo y subsidiado	Medellín y Bogotá	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gerente Financiero</li> <li>• Gerente Comercial</li> </ul>	15-20
<i>Prestadores:</i> institución de salud ubicada en Bogotá, una de las 10 mejores de	2	Privado	Medellín y Bogotá	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gerente General</li> <li>• Director Médico</li> </ul>	15-25

Muestra	Número de entrevistas	Tipo de institución	Ciudad donde está ubicado	Cargos de los entrevistados	Años de experiencia
Latinoamérica, según América Economía (2017)					
<i>Proveedores:</i> empresa fabricante y comercializadora de dispositivos médicos (Medtronic, s. f.)	1	Dispositivos médicos	Bogotá	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gerente de Acceso de Mercado</li> </ul>	20-25
<i>Equipo médico</i>	1	Medicina interna	Medellín	<ul style="list-style-type: none"> <li>Médico Internista</li> </ul>	10
<i>Paciente</i>	1	Paciente de diabetes Tipo II	Bogotá	<ul style="list-style-type: none"> <li>N/A</li> </ul>	7
<b>Total entrevistas</b>	<b>7</b>				

## 5. DESARROLLO DEL PROYECTO

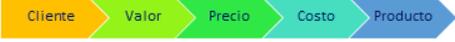
### 5.1 PROCESO DE APLICACIÓN DE LA HERRAMIENTA

El proceso de aplicación de la herramienta se llevó a cabo de forma presencial y por vía telefónica entre los meses de mayo y junio de 2019, en las ciudades de Bogotá y Medellín. Las entrevistas fueron además grabadas en audio con previo consentimiento de los entrevistados, para realizar un análisis más adelante. Con el objetivo de presentar las respuestas recolectadas, se presentan a continuación los cuadros comparativos para cada segmento de preguntas.

#### 5.1.1. GENERALIDADES

Frente a las preguntas relacionadas a conceptos generales, los entrevistados aportaron las opiniones relevantes que se presentan a continuación en la tabla 3.

Tabla 3. Transcripción de resultados – concepto general

Sector de interés	¿Qué entiende usted por valor en la atención de salud?	¿Quiénes considera usted que en este concepto son los interesados en la cadena de prestación?
<p><i>Pagadores</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El modelo de atención ha migrado desde la óptica tradicional al modelo de valor (figura 6).</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Lógica Tradicional</b></p> <div style="text-align: center;">  </div> <p style="text-align: center;"><b>Lógica basada en Valor</b></p> <div style="text-align: center;">  </div> <p style="text-align: center;"><i>Figura 6. Lógica basada en valor</i> <i>Fuente: Adaptación de información suministrada por Sura.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La generación de valor se logra cuando: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Se resuelven las necesidades de un paciente.</li> <li>○ Prefieren mi atención.</li> <li>○ Hay un vínculo de confianza y tranquilidad.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Todos los que articulan el sistema de salud: pacientes, aseguradores, clínicas y hospitales, los proveedores y el Gobierno como facilitador.</i></li> </ul>
<p><i>Prestadores</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Valor en la atención de salud se refiere a una <i>propuesta de prestación de servicios que genere resultados clínicos y financieros al paciente y los demás involucrados.</i></li> <li>▪ La estrategia basada en el valor del servicio de la salud consiste en organizar los servicios de manera tal que puedan ser medidos; por ejemplo, la evolución de la salud de los pacientes. Los servicios pueden ser clasificados en segmentos de atención.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Habrá mejores resultados si hay un <i>equipo de trabajo integral</i> para atender las diferentes problemáticas de la salud, para asistir a los pacientes y sus familias. Este equipo debería estar conformado por los pagadores y los proveedores de dispositivos médicos.</li> </ul>
<p><i>Proveedores</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Todo lo que le aporta utilidad al tratamiento médico y al paciente, desde el punto de vista cualitativo y cuantitativo.</li> <li>▪ El concepto de valor está relacionado con los <i>resultados clínicos, financieros y de satisfacción</i> respecto a una terapia. Este es variable según la percepción y el sector de interés afectado:</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pacientes, prestadores, EPS y sector gubernamental.</li> </ul>

Sector de interés	¿Qué entiende usted por valor en la atención de salud?	¿Quiénes considera usted que en este concepto son los interesados en la cadena de prestación?
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>Asegurador</i>: le interesa tener un paciente aliviado, a bajo costo.</li> <li>○ <i>Paciente</i>: mejorar sus condiciones de salud sin afectar su bolsillo, sentirse “aliviado”.</li> <li>○ <i>Clínica</i>: valor = rentabilidad.</li> </ul>	
<i>Equipo médico</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El valor en la atención de salud está vinculado al <i>trabajo decente, en condiciones de seguridad y dignidad</i> para ofrecer un servicio que mejore las condiciones clínicas de los pacientes.</li> <li>▪ Debe proporcionarse una mejor atención a un menor costo (figura 7).</li> </ul> <div data-bbox="584 898 906 1134" style="text-align: center;"> </div> <p data-bbox="495 1171 990 1270" style="text-align: center;"> <i>Figura 7. Cuádruple objetivo en salud</i>  <i>Fuente: Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (Scare).</i> </p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El paciente debería ser el más interesado en que el sistema le ofrezca valor. Luego están los responsables por la prestación del servicio: equipo clínico, las clínicas, las EPS y las sociedades médicas.</li> </ul>
<i>Pacientes</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ “Ser atendido a tiempo”.</li> <li>▪ “Valor es que mi salud mejore”.</li> <li>▪ “Valor es tener acceso a medicinas y tratamientos para mejorar mis condiciones de salud”.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ “Nosotros como pacientes”.</li> <li>▪ “Mi médico, mi enfermera, el personal de la clínica”.</li> <li>▪ “Mi EPS”.</li> </ul>

### 5.1.2 PERSPECTIVA FINANCIERA

Para entender la perspectiva financiera se hicieron dos preguntas abiertas relacionadas con el concepto de pago por valor y el método de medición de este. Los resultados de la transcripción se presentan a continuación en la tabla 4.

Tabla 4. Transcripción de resultados – perspectiva financiera

Sector de interés	¿Cómo definiría el concepto de pago por valor en la atención de salud?	Desde su perspectiva, ¿cómo podría medirse la generación de valor a los interesados? (aquellos previamente enlistados)
<i>Pagadores</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La definición del concepto de Pago por Valor debería incluir:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Las mejores relaciones entre los involucrados</li> <li>○ Acompañamiento al paciente</li> <li>○ Ofrecer una solución real con compromiso</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La medición de generación de valor requiere como mínimo los siguientes logros:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Información confiable y estándar para una población objetivo</li> <li>○ Alianza y compromiso con la cadena de prestación de servicio</li> <li>○ Definición de indicadores integrales para seguimiento de mejora de la patología</li> <li>○ Alineación de incentivos entre las partes</li> </ul> </li> </ul>
<i>Prestadores</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El concepto de pago por valor incluye:               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>El centro es el paciente</i></li> <li>▪ Confianza</li> <li>▪ Resultados clínicos</li> <li>▪ Responsabilidad social</li> <li>▪ Manejo alternativo</li> <li>▪ Soluciones de largo plazo</li> <li>▪ Infortunadamente, al tratar de llevar el concepto a la realidad se encuentran situaciones como:                   <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Distorsiones</li> <li>○ Pagadores no confiables</li> <li>○ Riesgo</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Actualmente el éxito financiero no está relacionado con el éxito en la mejora de salud de un paciente; pero si creamos una estructura de atención encadenada al pago en torno a un equipo destinado a ayudar a los pacientes, podemos alinear el éxito médico con el éxito financiero. Esa medición de valor necesita una definición de indicadores que midan integralidad en la prestación del servicio y la mejora de la calidad de vida de los clientes. Esto significa:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Evitar la transferencia absoluta del riesgo financiero</li> <li>○ Negociar</li> <li>○ Simetría de información</li> </ul> </li> </ul>
<i>Provedores</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Debe tenerse clara la diferencia entre precio y valor. Ambos conceptos permiten articular el concepto de valor: cuánto estoy dispuesto a pagar por el valor recibido en salud.               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Valor: utilidad que percibe aquel que adquiere un producto o servicio.</li> <li>▪ Precio: pago por un valor recibido.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La medición de valor a los interesados debería enfocarse en un solo concepto: <i>aumentar los años de vida con calidad al paciente en análisis (quality adjusted life years – QALYs )</i> (Prieto &amp; Sacristán, 2003).</li> <li>▪ La medición de generación de valor puede llevarse a cabo a través de tres pasos:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Estableciendo líneas de base y definiendo las variables para controlar.</li> </ul> </li> </ul>

Sector de interés	¿Cómo definiría el concepto de pago por valor en la atención de salud?	Desde su perspectiva, ¿cómo podría medirse la generación de valor a los interesados? (aquellos previamente enlistados)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El pago por valor está conformado por un pago fijo (aquel dispuesto a pagar según el resultado clínico y financiero) y un pago variable (relacionado con el manejo de la terapia).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Definiendo una población objetivo para medir (por patología, que es lo más habitual).</li> <li>○ Midiendo resultados.</li> </ul>
<i>Equipo médico</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ “Significa recibir una remuneración por un servicio prestado que mejore la vida del paciente”.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Se necesitan incentivos reales por cobertura y entrega de valor al paciente.</i></li> <li>▪ No es claro el perfil epidemiológico de la población.</li> </ul>
Pacientes	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ “Significa que si yo debo pagar (ejemplo: mi copago), pueda tener acceso al servicio, sea atendido y me sienta mejor, mi salud mejore”.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ “Al final debería esperar menos visitas al médico y menos consumo de medicamentos, mi salud mejoraría”.</li> </ul>

### 5.1.3 PERSPECTIVA DE APRENDIZAJE

Para entender la perspectiva de aprendizaje sobre el concepto de valor en la atención de salud se formularon dos preguntas abiertas, validando en la primera si el entrevistado tenía experiencia en la aplicación del concepto. Los resultados de la transcripción se presentan a continuación en la tabla 5.

Tabla 5. Transcripción de resultados – perspectiva de aprendizaje

Sector de interés	¿Cuál ha sido su experiencia en proceso de generación de valor de pago por valor?	Si no ha tenido experiencia en procesos de generación de valor, ¿cómo considera que puede desde su rol aportar a este concepto?
<i>Pagadores</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La experiencia en este concepto ha permitido evolucionar el modelo de atención: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ “Esto es muy difícil” → “Necesitamos ayudarnos”.</li> <li>○ “La EPS contra todos” → “<i>Es un sistema de salud</i>”.</li> <li>○ “Prioridad en el control del costo” → “Será posible <i>confiar</i>”</li> <li>○ “Ley del más fuerte” → “<i>Alianzas</i>”.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No aplica, aunque cabe resaltar que Colombia es el único país de Latam en categoría <i>moderada</i> como un sistema basado en valor.</li> <li>▪ Acceso y calidad: prioridad de la región. Ya los grupos de interés han aportado para lograr este avance en el concepto de valor.</li> </ul>

Sector de interés	¿Cuál ha sido su experiencia en proceso de generación de valor de pago por valor?	Si no ha tenido experiencia en procesos de generación de valor, ¿cómo considera que puede desde su rol aportar a este concepto?
<i>Prestadores</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se ha tenido experiencia en clínicas de obesidad y cirugía bariátrica. Los hallazgos están relacionados con <ul style="list-style-type: none"> <li>○ La necesidad de involucrar al pagador, el paciente y la familia.</li> <li>○ Razonabilidad-resultados en un tiempo previsto.</li> <li>○ Manejar el concepto de la no inmediatez, programas de valor son a largo plazo.</li> <li>○ Multi-biopsicosocial.</li> <li>○ Dificultad del cambio cultural.</li> <li>○ Manejo de tarifas, cómo lograr acuerdos de pago con las aseguradoras, pues los modelos implican contratos de largo plazo.</li> </ul> </li> <li>▪ La intervención con un programa de falla cardíaca ha sido muy gratificante: cerca de 1800 pacientes en total a diciembre de 2018, disminución aproximada de un 40% en reingresos, dos días menos de estancia hospitalaria en promedio, mejoría en la fracción de eyección y de la falla ventricular en más de un 60% de los pacientes. No se ha podido contratar como programa, de manera que agrupe las prestaciones y que las garantice con atributos de calidad para los pacientes. Muchas prestaciones son autofinanciadas, hace falta una caracterización de la población por atender.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ De acuerdo con la experiencia obtenida, se pueden tener los siguientes aprendizajes para aportar en el futuro: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>Corresponsabilidad: debe existir un compromiso mutuo.</i></li> <li>○ No debe manejarse como una cirugía o un evento, y sí como un programa.</li> <li>○ No todos los grupos de interés están listos para estos nuevos modelos. Las alianzas deben darse “solo con los buenos”.</li> </ul> </li> </ul>
<i>Proveedores</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La experiencia, infortunadamente, ha estado relacionada con <i>desconfianza</i>, y con información asimétrica y parcial para la medición de resultados. No hay visión a largo plazo y todos los grupos de interés buscan el bienestar individual,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Colombia tendrá que adaptarse a esta tendencia global que está evolucionando en el modelo de la atención de salud. Podría <i>apalancarse en la Academia</i> para validar la teoría sobre pago por valor en la atención, a través de la implementación de modelos en</li> </ul>

Sector de interés	¿Cuál ha sido su experiencia en proceso de generación de valor de pago por valor?	Si no ha tenido experiencia en procesos de generación de valor, ¿cómo considera que puede desde su rol aportar a este concepto?
	<p>dejando en un segundo plano la prioridad de satisfacción del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La industria no entiende que el pago por valor es diferente y que está ligado a la prestación del servicio. Es una <i>responsabilidad</i> que la industria aún no está lista para tomar.</li> <li>▪ Existen algunos avances en <i>estudios de costo-efectividad</i> de algunas terapias, tales como diabetes y falla cardíaca. Las experiencias se han basado en mostrar el valor que ofrecen las terapias que la industria ha desarrollado para nuestros pacientes y demás grupos de interés (pagadores, prestadores, ministerio).</li> </ul>	<p>ambientes controlados, que permitan medir los resultados económicos, clínicos y de satisfacción en la prestación salud.</p>
<i>Equipo médico</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No manifiesta experiencia en la aplicación del programa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se necesita una red de centros de referencia de patologías que congreguen sin dispersiones la atención de la población objetivo.</li> </ul>
<i>Pacientes</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El paciente manifiesta no tener experiencia directa en la aplicación del concepto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Compartiendo su experiencia durante la atención del episodio con otros pacientes.</li> <li>▪ Entendiendo sus derechos y exigiendo mejor servicio.</li> </ul>

#### 5.1.4 PERSPECTIVA DEL CLIENTE

En esta perspectiva se consideraron aspectos tales como entendimiento de la experiencia en la atención desde el punto de vista del paciente y validación de los grupos de interés que son más maduros en la aplicación del concepto al cliente (tabla 6).

Tabla 6. Transcripción de resultados – perspectiva del cliente

Sector de interés	¿Cómo definiría el concepto de valor en la atención de salud desde el punto de vista del paciente?	¿Cuáles son las organizaciones que usted considera están más maduras en el trabajo de pago por valor en la atención de salud?
Pagadores	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La declaración de estrategia de la organización se ha reformulado como: “Queremos una <i>empresa centrada en las personas</i>”. Los pacientes son la prioridad. Deben sentir confianza al recibir nuestra atención.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El <i>sector de pagadores</i> tiene organizaciones que van mucho más adelante en el concepto que otras. Lo realmente importante es saber con quién establecer alianzas.</li> </ul>
Prestadores	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Valor = relevancia para el paciente + interacción emocional + beneficio para su calidad de vida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Organizaciones como Sura, Compensar y las Instituciones prestadoras de salud top 10 son las que se han tomado el tiempo para entender el concepto.</li> </ul>
Proveedores	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Para el paciente el concepto de valor no es claro. Hay una oportunidad clara de educación sobre cuáles son derechos y qué debería esperar de un servicio prestado.</li> <li>▪ El cliente no maneja el concepto de valor, solo está familiarizado con la prestación del servicio de salud y las desconexiones entre las áreas que participan en la atención sanitaria. El paciente tiene acceso al servicio, pero no a los resultados de la prestación de este; en parte, porque estos resultados no están disponibles, lo que impide que el paciente pueda comparar y elegir.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La <i>industria farmacéutica</i> y los <i>pagadores</i> son los grupos que más han avanzado en el desarrollo de estudios de costo-efectividad para la atención de pacientes.</li> <li>▪ El <i>Gobierno</i> ha venido trabajando en modelos, que evolucionan del pago por evento al pago por resultados, relacionando el concepto de “efectividad” en la prestación del servicio, y ha entendido que el dinero no es suficiente y se necesitan modelos diferenciadores que integren los intereses particulares.</li> <li>▪ Los <i>prestadores</i> deben trabajar más por mejorar su reputación y por <i>brindar transparencia</i> en la atención. Solo a través de la divulgación de sus resultados de gestión (operacionales, clínicos y financieros) el paciente podrá decidir a dónde debe ir para ser mejor atendido.</li> <li>▪ El <i>equipo médico</i> está desvinculado del concepto de pago por valor, por su sistema de remuneración actual. Se requiere un replanteamiento del sistema de compensación que involucre <i>incentivos y castigos relacionados con la calidad</i>.</li> </ul>

Equipo Médico	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El paciente debe sentirse prioridad, su salud debe mejorar, debemos garantizar su acceso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El sistema de seguridad social es demasiado móvil, etéreo y de corto plazo en su concepción, y estos modelos requieren educación de la población y persistencia. El Gobierno es el primero que requiere madurar en estos nuevos modelos para evolucionar en la prestación a la prevención.</li> </ul>
Pacientes	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ “Ser atendido a tiempo”.</li> <li>▪ “Valor es que mi salud mejore”.</li> <li>▪ “Valor es tener acceso a medicinas y tratamientos para mejorar mis condiciones de salud”.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No hubo respuesta concreta a esta pregunta.</li> </ul>

### 5.1.5 PERSPECTIVA DE PROCESOS INTERNOS

Por último, las preguntas incluidas en esta perspectiva estuvieron asociadas a un análisis de los procesos internos de cada tipo de organización, como preparación para implementar el concepto de valor en la atención de salud. Esto motivó en el entrevistado un cuestionamiento sobre su participación en el proceso de atención al paciente y en el impacto de este en su experiencia (tabla 7).

Tabla 7. Transcripción de resultados – perspectiva de procesos internos

Sector de interés	¿Cómo puede aportar internamente desde su organización a la generación de valor en la atención de salud?	¿Cree usted que debe existir legislación acerca de generación y pago por valor en el sistema de salud?
<i>Pagadores</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Las EPS existen para dar resultados, no solo para sí mismos como organización, sino alineados al triple objetivo (figura 8).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Colombia tiene un sistema de salud bien definido, con unas políticas ampliamente eficaces y unas instituciones de las que otros países podrían aprender, que merece ser mejor conocido en el ámbito internacional.</li> <li>▪ A pesar de lo anterior, se enfrenta a retos importantes para mantener y mejorar el rendimiento de su sistema de salud: la sostenibilidad financiera, y garantizar que los aseguradores de salud evolucionen.</li> </ul>

	 <p><i>Figura 8. Triple objetivo en salud</i>  Fuente: Institute for Health Improvement.  (Delgado, 2012)</p> <p>Por ello es importante plantearse las siguientes preguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ ¿Para qué sirven las EPS?</li> <li>✓ ¿Son las EPS intermediarias? No pueden serlo.</li> <li>✓ ¿Agregan valor las EPS? Necesariamente.</li> </ul> <p>Los pagadores deben generar conciencia sobre la responsabilidad en la generación de valor:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Representan al usuario – garantizan el derecho.</li> <li>✓ Gestionan el riesgo de salud.</li> <li>✓ Aseguran (asumen el riesgo por el paciente).</li> <li>✓ Articulan los servicios alrededor del paciente.</li> <li>✓ Regular y controlan la calidad y el costo (pero requiere alianzas).</li> <li>✓ Compran inteligentemente (o deberían hacerlo).</li> <li>✓ Gestionar la Información del sistema (que al 2019 se mantiene desarticulada).</li> </ul>	<p>Nuevos modelos, tales como capitación, pago global prospectivo y pago por actividad final (PAF), requieren un marco legislativo para avanzar.</p>
--	---	--

<i>Prestadores</i>	<p>El aporte interno implica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Abordaje multidisciplinario, trabajo coordinado en red para obtener los mejores resultados en salud.</li> <li>▪ Cambio de paradigma.</li> <li>▪ <i>Trasformación de estilos de vida en nuestros pacientes</i>; esto significa educación.</li> <li>▪ <i>Buscar formas innovadoras en la contratación</i> que permitan evaluar el ciclo completo de la atención.</li> <li>▪ Construir y ubicar adecuadamente los <i>incentivos correctos</i>.</li> <li>▪ Reconocerle al paciente y a la familia su lugar en el centro de la atención y el cuidado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Para el futuro se necesitan más leyes y menos regulaciones.</li> </ul>
<i>Proveedores</i>	<p>La industria puede brindar apoyo de las siguientes maneras:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Apoyo tecnológico.</li> <li>▪ Estudios, evidencia científica.</li> <li>▪ Análisis de calidad de vida y resultados en el paciente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Existe legislación sobre la medición de valor y sobre la necesidad de modernizar los sistemas. El inconveniente que se presenta a hoy es la falencia de datos estandarizados para la medición; por ejemplo, la historia clínica del paciente. Los grupos de interés tienen en su mayoría indicadores de gestión administrativos, pero no relacionados con los resultados en el paciente. El Gobierno debe impulsar la necesidad de hablar un mismo idioma.</li> <li>▪ El Gobierno debe crear incentivos económicos alineados a mejorar la calidad de vida del paciente.</li> </ul>
<i>Equipo médico</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cambiar el foco de atención, no verlo como un evento sino como un ciclo, un programa de atención.</li> <li>▪ Apoyando en la construcción de sistemas de información robustos para tener trazabilidad de la información del paciente sobre la patología que vaya a ser tratada. No verlo como una isla.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Debería existir una legislación que apoye la creación de una única historia clínica, para control de información y medición de resultados por paciente.</li> </ul>
<i>Pacientes</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Conociendo mis derechos y exigiendo un mejor servicio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sí, el Gobierno debe regular la prestación del servicio de las EPS, no todo puede ser con tutelas. No solo debe proveer los</li> </ul>

		recursos, también debe controlar el gasto de dichos recursos.
--	--	---

## 5.2 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN OBTENIDA

Con el propósito de analizar los datos obtenidos de la transcripción de las entrevistas, a continuación, se presentan los hallazgos relevantes consolidados. Partiendo de las similitudes detectadas, es posible crear una propuesta de alineación del concepto y de medición del valor generado en salud.

### 5.2.1 CONCEPTO DE GENERACIÓN DE VALOR

El desarrollo de las entrevistas permitió consolidar un concepto simplificado, centrado en el paciente. Cabe resaltar que el grupo de interés más desvinculado con el concepto es el *paciente* (el cliente), lo cual permite detectar una oportunidad clara para educarlo con respecto al concepto de generación de valor:

- Valor en la atención de salud se refiere a una propuesta de prestación de servicios donde se resuelven las necesidades del paciente y se generan resultados clínicos, financieros y de satisfacción al cliente y a los demás involucrados en la cadena.
- Consiste en organizar los servicios que le aportan utilidad al tratamiento médico y al paciente, desde el punto de vista cualitativo y cuantitativo, de manera que puedan ser medidos, para proporcionar una mejor atención a un menor costo.
- Valores relevantes para el paciente:
  - Confianza
  - Tranquilidad
  - Dignidad
  - Calidad de vida
  - Seguridad

## 5.2.2 GRUPOS DE INTERÉS IDENTIFICADOS

Durante la elaboración de las entrevistas fue posible detectar los grupos de interesados en relación con el concepto de generación de valor en salud, al igual que su grado de madurez frente al tema en mención (figura 9).



Figura 9. Grupos de interés involucrados en el concepto de generación de valor

Fuente: elaboración propia.

Las respuestas de los entrevistados permitieron identificar qué tan cercanos al concepto de valor y a su aplicabilidad en la realidad se encuentran los diferentes grupos de interés, frente las tendencias que globalmente impactan al sistema de salud (perfil epidemiológico que está migrando a enfermedades crónicas, expectativa de vida en aumento, medicamentos, dispositivos y procedimientos de alto costo, la salud como derecho/pocos deberes, autocuidado). La figura 10 a continuación expone el panorama actual del sector.

Grupo de Interés	Conocimiento del Concepto	Entendimiento del impacto a los involucrados	Experiencia en el concepto	Procesos Internos Alineados	Sistema de Medición de Entrega de Valor
Pagadores	[Barra verde que cubre toda la fila]				
Prestadores de Salud	[Barra amarilla que cubre casi toda la fila]				
Proveedores	[Barra azul que cubre casi toda la fila]				
Grupo Médico	[Barra gris que cubre la primera mitad de la fila]				
Paciente	[Barra naranja que cubre la primera parte de la fila]				

Figura 10. Análisis de los grupos de interés

Fuente: elaboración propia.

Los hallazgos más relevantes detectados en el análisis de los grupos de interés son los siguientes:

- Existe para el paciente una oportunidad de apropiarse del concepto de valor (procesos orientados al cliente).
- Aun cuando el equipo médico conoce el concepto de generación de valor y establece el paciente como foco central, reconoce que podría tener un rol más protagónico en el proceso apoyando el programa de educación al cliente y participando activamente en la definición de incentivos integrales para la prestación de un servicio con calidad, seguridad y dignidad.
- El resto de los grupos de interés están familiarizados con el concepto; le otorgan al paciente un rol protagónico, pero encuentran limitaciones para llevarlo a la realidad. Algunas de estas barreras están relacionadas con:
  - Oportunidad de generar un marco legal para impulsar la implementación de nuevos modelos de prestación del servicio.
  - Necesidad de generar una única base de datos confiable con los datos médicos de los pacientes, para el análisis de resultados clínicos, operacionales y financieros (los resultados no solo están enfocados en dinero, hay otras maneras de percibir valor).
  - Dificultad para alinear el sistema de medición entre las partes interesadas, y construcción de confianza para ofrecer una calidad superior.

- No todas las organizaciones están listas para la aplicabilidad del concepto. Se requiere que tengan establecidos procesos estandarizados y enfocados a una experiencia memorable en el servicio.
- Oportunidad de promover en nuestros pacientes la prevención de enfermedades y el autocuidado.

### 5.2.3 EXPERIENCIA Y PROCESOS RELACIONADOS CON GENERACIÓN DE VALOR

La experiencia en la aplicación del concepto de valor en salud adquirida por algunos grupos de interés ha permitido generar ideas que podrían contribuir a la evolución del modelo de atención: la necesidad latente de cooperación es evidente, el trabajar como sistema y como cadena, la oportunidad de crear alianzas con los interesados en prestar la mejor atención al mejor costo. Experiencias puntuales en patologías como obesidad y falla cardíaca han permitido detectar:

- La necesidad de involucrar al pagador, al paciente y a su familia. La implementación del concepto de valor requiere un compromiso por parte del cliente.
- La importancia de manejar el concepto de la no inmediatez, pues los programas de valor son a largo plazo, y mantener la transparencia en el proceso para obtener confianza entre las partes involucradas (multifactorial).
- La necesidad de generar un proceso robusto para alinear las expectativas con los grupos de interés.
- La credibilidad puede obtenerse a través de estudios, de evidencia científica, de análisis de calidad de vida y de resultados en el paciente.

Por otro lado, el ajuste de los procesos internos en las organizaciones interesadas en migrar a nuevos modelos de atención de salud implica:

- Hacer un abordaje multidisciplinario, desarrollar trabajo coordinado en red para obtener los mejores resultados en salud y formular la respectiva definición de métricas para valorar el mejoramiento de la calidad de vida.

- Efectuar un cambio de paradigmas, abandonar la práctica de la atención por evento o visualizar todo el ciclo de atención.
- *Trasformar los estilos de vida de nuestros pacientes*, esto significa Programas de educación y autocuidado.
- Establecer mecanismos de contratación diferentes para la prestación del servicio, para los cuales debe cumplirse como mínimo:
  - Identificar fuentes de información confiables alrededor de todo el ciclo de atención, y en particular aquellas donde puedan consultarse los indicadores para medir el desempeño, desde el punto de vista clínico, operacional y financiero.
- Construir y medir adecuadamente los *incentivos correctos*.
- Reconocerle al paciente y a la familia su lugar en el centro de la atención y el cuidado.

#### 5.2.4 MEDICIÓN DE VALOR EN LA ATENCIÓN DE SALUD

Los contratos basados en el valor al igual que la atención basada en el valor son modelos prometedores para acelerar el cambio desde un modelo basado en el volumen a uno basado en el valor de la atención médica. Estos acuerdos entre los proveedores (productos farmacéuticos y tecnología médica) y los pagadores desempeñarán un papel fundamental para permitir el acceso adecuado a nuevas innovaciones y herramientas para la atención basada en el valor, que pueden mejorar la salud de los pacientes, pero compartiendo el riesgo entre las partes interesadas y ayudando así a controlar los costos.

Si bien el número de estudios basados en el valor anunciados públicamente, entre compañías de ciencias de la vida y pagadores, ha aumentado en los últimos años, siguen existiendo barreras que impiden adoptar estos modelos de forma más amplia. Los entrevistados mencionaron desafíos en la recopilación, la vinculación y el análisis de datos como el mayor obstáculo, junto con la alineación de los interesados y la asignación de atención basada en el valor para el beneficio. De

acuerdo con el análisis de las percepciones de los entrevistados, medir la generación de valor requiere entonces, como mínimo, alcanzar los siguientes logros:

- Disponer de información confiable y estándar para una población objetivo.
- Establecer una alianza y un compromiso con la cadena de prestación de servicio (ver figura 9).
- Definir indicadores integrales para hacerle seguimiento a la mejora de la patología, tales como:
  - Ciclo rápido de diagnóstico y tratamiento.
  - Menos complicaciones.
  - Menos errores y repeticiones en el tratamiento.
  - Recuperación más rápida y más completa.
  - Mayor funcionalidad y menos necesidad de cuidado a largo plazo.
  - Menos recurrencias, recaídas o episodios agudos.
  - Menor necesidad de visitas a urgencias.
- Alinear incentivos entre las partes.

Al final, el cálculo del valor a los interesados debe enfocarse en un objetivo: *aumentar los años de vida con calidad al paciente en análisis, lo cual es una unidad de medida de utilidad*. Al analizar las barreras para implementar un modelo de medición de la generación de valor, según lo que manifiestan los grupos de interés, y con el fin de estructurar una propuesta de cálculo, se pueden enumerar las siguientes prioridades que se deben cubrir:

- Recolectar y analizar los datos.
- Alinearse en la elección de la patología, la población y la definición de indicadores de medición.
- Alinear las partes interesadas tanto el beneficio como los incentivos.
- Validar las consideraciones legales.
- Construir confianza.

Partiendo de la lista anterior, y entendiendo que uno de los objetivos específicos del presente trabajo consiste en presentar una propuesta de medición del valor para los interesados, la figura 11 ilustra a continuación una alternativa del proceso de cálculo y las actividades requeridas.



*Figura 11.* Proceso propuesto para medir resultados asociados a la entrega de valor al paciente  
*Fuente:* elaboración propia.

Finalmente, la propuesta de modelo integral para medir el pago por valor en la atención se resume a continuación en la figura 12.

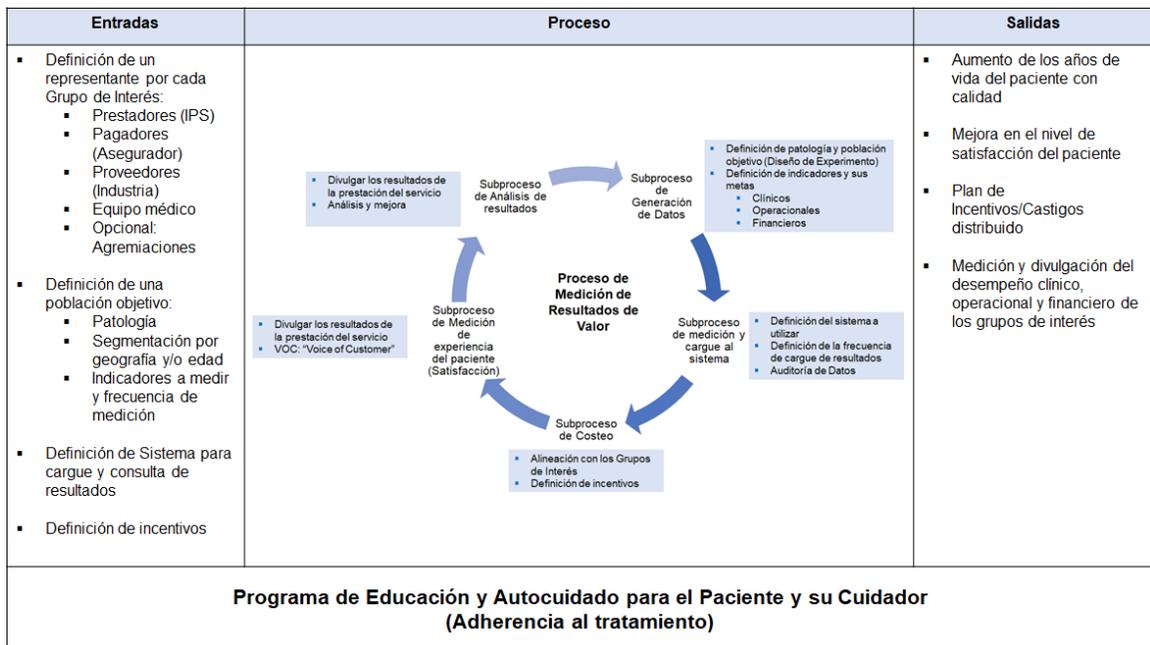


Figura 12. Propuesta de modelo para medición de valor en la atención de salud

Fuente: elaboración propia.

## 6. CONCLUSIONES

- El rastreo de información bibliográfica relacionada con el tema de investigación definido permitió concluir que Colombia es el único país en Latinoamérica categorizado con un avance moderado en la implementación de sistemas basados por valor. Lo anterior genera un ecosistema propio para abordar discusiones enfocadas a la evolución de modelos de atención, pues su objetivo es garantizar el acceso a un servicio de calidad.
- Las entrevistas semiestructuradas hechas a los grupos de interés involucrados en la cadena de atención permitieron identificar las percepciones individuales del concepto de generación de valor. Se encontró, además, la desvinculación del cliente (paciente) con el concepto y con el impacto. Lo anterior permitió identificar una oportunidad clara en el fortalecer los programas de educación al paciente y su cuidador y en la medición de la adherencia a los mismos.

- Contrastar las percepciones obtenidas individualmente mediante un análisis comparativo permitió establecer como puntos de encuentro tanto la necesidad de crear alianzas como de consolidar una única fuente confiable de información al igual que definir incentivos que satisfagan a las partes interesadas sin perder el foco en el paciente, el cual debe experimentar una mejora real en su calidad de vida.
- Se presentó un mecanismo que permite alinear y medir la generación de valor en la atención de salud, el cual puede implementarse como un piloto, de acuerdo con las necesidades detectadas en las entrevistas a los responsables de gestionar la atención sanitaria.
- Hay diferencias fundamentales en cómo los interesados definen el valor en el cuidado de la salud y en a quiénes les asignan la responsabilidad de lograrlo. El *valor*, al parecer, se ha convertido en una palabra de moda. Su significado es a menudo incierto y cambiante, dependiendo de quién esté estableciendo la agenda. Como resultado, los interesados en el cuidado de la salud, que durante años pensaron que estaban conduciendo hacia un destino compartido, en realidad han sido parte de una carrera fragmentada dirigida hacia diferentes puntos de la brújula.
- El proceso de generación y medición de valor requiere: transparencia y calidad, que la información sobre el paciente sea integral e interconectada y que haya corresponsabilidad entre los grupos de interés y con el paciente. La atención debe enfocarse a prevenir su enfermedad. Difundir el mensaje y hacerlo claro a todos los grupos de interés, con persistencia, coherencia y sensibilización, al interior de cada organización involucrada. La visión colectiva de un sistema de atención médica rentable centrado en el paciente y que sea de alta calidad.

## 7. RECOMENDACIONES

- Se recomienda desarrollar una alianza con la Academia, para generar estudios clínicos y una metodología estándar y probada sobre la medición de generación de valor en la atención de salud y construir de forma paulatina credibilidad, confianza y transparencia entre los grupos de interés y el paciente.
- Lo más efectivo que pueden hacer las partes interesadas para crear un sistema de atención médica de alto valor es hacer una pausa en sus búsquedas independientes de valor para describirle al otro exactamente qué es lo que cada parte busca. El inicio de este diálogo con las partes interesadas requerirá un verdadero liderazgo de ejecutivos de negocios, servicios de salud, medicina académica y grupos de defensa de pacientes.
- Esos diálogos deberían darse en los siguientes niveles al nivel nacional: entre los líderes de las partes interesadas, entre los grupos institucionalmente (Asociaciones y agremiaciones) y entre los socios en el proceso de prestación de atención (industria y prestador). Individualmente, el diálogo entre los pacientes, sus médicos deben ser más profundo, así como entre los patrocinadores patronales de los planes de salud y sus empleados beneficiarios.
- Hay oportunidades e interés por generar asociaciones con proveedores, hospitales y sistemas de salud para crear sistemas más eficaces de revisión de proveedores/hospitales, y otros métodos para mejorar la comunicación entre las partes en el proceso de prestación de cuidados.

- Se deben sembrar proyectos piloto destinados a cerrar las brechas entre los pacientes y su equipo médico, enfocado en mejorar la calidad de vida sobre patologías crónicas como Diabetes o Cardiovasculares, para poner en práctica las definiciones de generación de valor en todos los involucrados.

## 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- América Economía (23 de noviembre, 2017). Ránking de Clínicas y Hospitales: Estos son los mejores de América Latina. *Clúster Salud*. Disponible en <https://clustersalud.americaeconomia.com/gestion-hospitalaria/ranking-de-clinicas-y-hospitales-estos-son-los-mejores-de-america-latina>
- Arráez, M., Calles, J., y Moreno de Tovar, L. (2006). La Hermenéutica: una actividad interpretativa *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación*, 7(2), 171-181. Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/410/41070212.pdf>
- Báez, J., y Pérez de Tudela, J. (2009). *Investigación cualitativa*. Madrid: ESIC.
- Betancourt, A. (2016). *La generación de valor en las adquisiciones Crossborder (Caso Bancolombia-Banistmo)* [tesis de Maestría]. Eafit, Santiago de Cali. Disponible en <https://repository.eafit.edu.co/handle/10784/11341?locale-attribute=es>
- Caicedo, C., Gómez, A., Díaz, F., Muñoz, Á., e Isaza, M. (2017). Hacia la atención en salud basada en el valor: Revisión de la literatura. *Revista Médica Sanitas*, 20(3), 164-173. Disponible en [http://www.unisanitas.edu.co/Revista/64/CCaicedo\\_et\\_al.pdf](http://www.unisanitas.edu.co/Revista/64/CCaicedo_et_al.pdf)
- Christensen, C., Bohmer, R., & Kenagy, J. (2000). Will disruptive innovations cure health care? *Harvard Business Review*, 78(5), 102-117.
- Delgado , P. (2012). En búsqueda de la triple meta: una invitación a la exploración conjunta. *Vía Salud*, 16(1), 4-11. Disponible en <https://oes.org.co/download/en-busqueda-de-la-triple-meta-una-invitation-a-la-exploracion-conjunta/>

- Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE (2019). *Estadísticas por tema*. Demografía y Planeación. Obtenido de <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion>
- Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M., y Varela-Ruiz, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en Educación Médica*, 2(7), 162-167. Disponible en [http://riem.facmed.unam.mx/sites/all/archivos/V2Num03/09\\_MI\\_LA%20\\_ENTREVISTA.pdf](http://riem.facmed.unam.mx/sites/all/archivos/V2Num03/09_MI_LA%20_ENTREVISTA.pdf)
- Gobierno de España (2009). *Plan estratégico e implantación del cuadro integral de mando. Guía de resultados y mejores prácticas*. Castilla-La Mancha: Centro Europeo de Empresas e Innovación de Ciudad Real.
- Kaplan, R., & Norton, D. (1992). The Balanced Scorecard—Measures that Drive Performance. *Harvard Business Review*, 71-79. Disponible en <https://hbr.org/1992/01/the-balanced-scorecard-measures-that-drive-performance-2>
- León, O. (2003). *Valoración de empresas y gerencia del valor y EVA* (3ª. ed.). Cali: Prensa Moderna.
- López, R. (12 de septiembre, 2017). Enfermedades cardíacas le cuestan a Colombia \$6,4 billones cada año. *Portafolio*. Obtenido de <http://www.portafolio.co/economia/lo-que-le-cuesta-a-colombia-las-enfermedades-cardiacas-509641>: <http://www.portafolio.co>
- Martínez, J. (2015). El acto médico y la generación de valor en la prestación de servicios de salud. *Revista Médica de Risaralda*, 21(2), 1-2. <http://dx.doi.org/10.22517/25395203.11421>
- Martínez, M. (1998). *La investigación cualitativa etnográfica en educación: Manual teórico-práctico*. México: Trillas.
- Medtronic (2018). *About Medtronic - Overview*. Obtenido de <https://www.medtronic.com/us-en/about.html>

- Medtronic (s. f.). *La atención sanitaria basada en valor comienza con la mejora de los resultados. Medtronic patrocina el sitio de Harvard Business Review, Insight Center*. Disponible en <http://www.medtronic.com/es-es/transformar-la-atencion-salud/alinear-valor/harvard-business-review-promover-atencion-basada-valor.html>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2016a). *Política de atención integral en salud: “Un sistema de salud al servicio de la gente”*. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2016b). *Análisis de situación de salud (ASIS) Colombia, 2016*. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PS/P/asis-colombia-2016.pdf>
- Organización Mundial de la Salud – OMS (2019). *Datos Estadísticos – Países*. Obtenido de <https://www.who.int/countries/col/es/>
- Páez, G., Jaramillo, L., Franco, C., y Arregoces, L. (2017). *Estudio sobre el modo de gestionar salud en Colombia*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Estudio%20sobre%20el%20modo%20de%20gestionar%20la%20salud%20en%20Colombia.pdf>
- Pendleton, R. (27 de febrero, 2018). We Won't Get Value- Based Health Care Until We Agree on What “Value” Means. *Harvard Business Review*, 2-5. Disponible en <https://hbr.org/2018/02/we-wont-get-value-based-health-care-until-we-agree-on-what-value-means>
- Porter, M. (23 de diciembre, 2010). What is value in health care? *The New England Journal of Medicine*, 363(26), 2477-2481. DOI: 10.1056/NEJMp1011024

- Porter, M., & Teisberg, E. (mayo, 2006). *Redefining Health Care: Creating Value-based Competition on Results*. Boston: Harvard Business School Press. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMp1011024>
- Prieto, L., & Sacristán, J. (2003). Problems and solutions in calculating quality-adjusted life years (QALYs). *Health Qual Life Outcomes*, 1(80). <https://doi.org/10.1186/1477-7525-1-80>
- Real Academia Española – RAE (2017). Valor. *Diccionario de la Lengua Española*. España. Disponible en <https://dle.rae.es/?id=bJeLxWG>
- Rothenhaus, T., & Fox, J. (25 de septiembre, 2015). 3 Keys to Shifting How We Pay for Health Care. *Harvard Business Review*. Disponible en <https://hbr.org/2015/09/3-keys-to-shifting-how-we-pay-for-health-care>
- Stowell, C., & Akerman, C. (23 de octubre, 2015). Measuring Outcomes: The Key to Value-Based Health Care [webinar]. *Harvard Business Review Webinar Summary*, 50-56. Disponible en <https://hbr.org/webinar/2015/11/measuring-outcomes-the-key-to-value-based-health-care>
- The Economist Intelligence Unit – EIU (2017). Servicios médicos basados en el valor: una evaluación global. Resumen ejecutivo. *Medtronic*. Disponible en [http://vbhcglobassessment.eiu.com/wp-content/uploads/sites/27/2016/10/EIU\\_Medtronic\\_ExecutiveSummary-copy-spa-AR.pdf](http://vbhcglobassessment.eiu.com/wp-content/uploads/sites/27/2016/10/EIU_Medtronic_ExecutiveSummary-copy-spa-AR.pdf)
- Tobar, F. (2002). *Modelos de Gestión en Salud*. Buenos Aires. Disponible en [https://www.academia.edu/36650684/Modelos\\_de\\_Gesti%C3%B3n\\_en\\_Salud](https://www.academia.edu/36650684/Modelos_de_Gesti%C3%B3n_en_Salud)
- Vargas, L. (1994). Sobre el concepto de percepción. *Alteridades*, 4(8), 47-53. Disponible en <https://alteridades.izt.uam.mx/index.php/Alte/article/view/588/586>
- World Economic Forum & The Boston Consulting Group(2018). Value in Healthcare: Mobilizing cooperation for health system transformation. *Insight Report*. Disponible en [http://www3.weforum.org/docs/WEF\\_Value\\_Healthcare\\_report\\_2018.pdf](http://www3.weforum.org/docs/WEF_Value_Healthcare_report_2018.pdf)

## ANEXO 1. ESTRUCTURA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Fecha: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_  
Cargo: \_\_\_\_\_  
Organización: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_

Generación de valor en la atención de salud al paciente:

Preguntas generales:

1. ¿Qué entiende usted por *valor en la atención de salud*?
2. ¿Quiénes considera usted que son los interesados en este concepto en la cadena de prestación?
- 3. Perspectiva financiera**
  - a. ¿Cómo definiría el concepto de *pago por valor* en la atención de salud?
  - b. Desde su perspectiva, ¿cómo podría medirse la generación de valor a los interesados? (aquellos previamente enlistados).
- 4. Perspectiva de aprendizaje**
  - a. ¿Cuál ha sido su experiencia en proceso de generación de valor de pago por valor?
  - b. Si no ha tenido experiencia en procesos de generación de valor, ¿cómo considera que puede aportar, desde su rol, a este concepto?
- 5. Perspectiva de clientes**
  - a. ¿Cómo definiría el concepto de valor en la atención de salud desde el punto de vista del paciente?
  - b. ¿Cuáles son las organizaciones que usted considera que están más maduras en el trabajo de pago por valor en la atención de salud?

- Prestadores de atención de salud
- Aseguradores
- Industria de dispositivos médicos
- Farmacéutico
- Gobierno
- Otro

Comentarios:

**6. Perspectiva de procesos internos**

- a. ¿Cómo puede aportar internamente desde su organización a la generación de valor en la atención de salud?
- b. ¿Cree usted que debe existir legislación acerca de generación y pago por valor en el sistema de salud?

Comentarios adicionales